



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA MADURACIÓN VISOMOTRIZ
EN LOS ESTUDIANTES DE CUARTO A SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN
BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA MANUELA ESPEJO DE LA
CIUDAD DE AMBATO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Santana Guevara, Carmen Elena

Tutora: Psc. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda Mg

Ambato – Ecuador

Mayo, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA MADURACIÓN VISOMOTRIZ EN LOS ESTUDIANTES DE CUARTO A SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO” de Santana Guevara Carmen Elena, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la apreciación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero del 2016

LA TUTORA

.....
Psc. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda Mg

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación:

DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA MADURACIÓN VISOMOTRIZ EN LOS ESTUDIANTES DE CUARTO A SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones, y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Enero del 2016

LA AUTORA

.....
Santana Guevara, Carmen Elena

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la

Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Enero del 2016

LA AUTORA

.....
Santana Guevara, Carmen Elena

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema:

DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA MADURACIÓN VISOMOTRIZ EN LOS ESTUDIANTES DE CUARTO A SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO” Carmen Elena Santana Guevara estudiante de la Carrera de Psicología Clínica

Ambato, Mayo del 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres, Consuelo y José, que han llenado mi vida de amor, alegría y enseñanzas; su manera tan única de ser, hizo de mí la persona que soy ahora, nada hubiese sido posible sin ustedes.

A Nectario, quien tras su partida hizo que entendiera lo fugaz que puede ser la vida y lo valioso de disfrutar aquellos momentos pequeños.

A las tres luces de mi vida, Carlos, Carolina y Camila, que su luz nunca se apague.

AGRADECIMIENTO

A la *Universidad Técnica de Ambato* y a la Carrera de Psicología Clínica, a cada uno de los docentes que contribuyeron en mi formación, llenándome de conocimientos útiles, encaminados a la reflexión y al análisis crítico.

A la vida que me ha permitido conocer la derrota, el sufrimiento, la lucha, la pérdida, y me ha dado la fuerza necesaria para salir de las profundidades. Ya que cuando la vida te pone pruebas realmente difíciles adquieres cierto grado de sensibilidad, llegando a comprenderla con cierta compasión, humildad y una profunda inquietud amorosa. Porque a menudo las cicatrices son la apertura hacia nuestras mejores y más bellas partes.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
RESUMEN.....	xv
SUMMARY	xvii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema.....	2

1.2.1. Contextualización.....	2
1.2.2. Análisis Crítico.....	8
1.2.3. Prognosis	9
1.2.4. Formulación del Problema.	10
1.2.5. Preguntas Directrices.	10
1.2.6. Delimitación del Problema.....	10
1.3. Justificación.....	11
1.4. Objetivos.....	12
1.4.1. Objetivo General	12
1.4.2. Objetivos Específicos.....	12
 CAPÍTULO II	 13
MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Antecedentes Investigativos	13
2.2. Fundamentación	22
2.2.1. Filosófica.....	22
2.2.2. Epistemológica.....	22
2.2.3. Axiológica.....	22
2.2.4. Psicológica.	23
2.3. Fundamentación Legal	23
2.4. Fundamentación Científica.....	29

24.1 Variable independiente.....	32
2.4.3 Variable dependiente.....	58
2.6. Hipótesis.....	82
2.6.1 Hipótesis alterna.....	82
2.6.2 Hipótesis nula.....	82
2.7 Señalamiento de variables.....	82
CAPÍTULO III.....	83
MARCO METODOLÓGICO	83
3.1. Enfoque	83
3.2. Modalidad de investigación.	83
3.3. Tipo de investigación	84
3.4. Población.....	85
3.5. Muestra.....	85
3.6. Población Excluyente.....	86
3.7. Operacionalización de variables	87
3.8 Validez y confiabilidad de los resultados.....	89
3.9. Plan de recolección de información	91
CAPÍTULO IV.....	94
ANÁLISIS DE RESULTADOS	94

4.1. Análisis sociodemográfico de la muestra.....	94
4.2. Análisis descriptivo del Children Depression Inventory	97
4.3. Diferencias por género del CDI	98
4.4. Distribución de las categorías diagnósticas del CDI.....	100
4.5. Análisis descriptivo de la prueba de Bender	101
4.6. Diferencias por género de los resultados del Test de Bender	103
4.7. Distribución de las categorías diagnósticas del Test de Bender	105
4.8. Análisis de correlación entre la prueba CDI y el test de Bender	107
4.9. Análisis Correlacional.....	108
 CAPÍTULO V	 109
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	109
5.1. Conclusiones.	109
5.2. Recomendaciones.....	110
 CAPÍTULO VI.....	 112
PROPUESTA.....	112
6.1. Datos informativos	112
6.1.1. Tema.....	112
6.1.2. Institución Ejecutora	112
6.1.3. Beneficiarios	112

6.1.4. Ubicación	113
6.1.5. Tiempo Estimado de la ejecución	113
6.1.6. Equipo responsable:	113
6.2. Antecedentes de la propuesta.	113
6.3. Justificación.....	114
6.4. Objetivos	115
6.4.1. General	115
6.4.2. Específicos.	115
6.5. Análisis de la factibilidad.....	115
6.6. Sustento teórico científico de la propuesta.....	116
6.7. Modelo Operativo	148
6.8. Administración de la Propuesta	155
6.8.1. Recursos	155
6.9. Presupuesto	156
6.10. Cronograma.....	157
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	158
Bibliografía	158
Linkografía.....	166
Citas Bibliográficas - Bases de Datos UTA.....	169
ANEXOS.....	170

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable depresión	87
Tabla 2. Operacionalización de variable madurez visomotriz	88
Tabla 3. Plan de recolección de la información.	92
Tabla 4. Análisis sociodemográfico de la muestra.....	95
Tabla 5. Análisis descriptivo del Children Depression Inventory	97
Tabla 6. Diferencias por género en los resultados del CDI.....	98
Tabla 7. Categorías diagnósticas del CDI.....	100
Tabla 8. Análisis descriptivo de la prueba de Bender	102
Tabla 9. Diferencias por género en los resultados del test de Bender.....	103
Tabla 10. Categorías diagnósticas del CDI.....	105
Tabla 11. Análisis de correlación entre la edad, el CDI y el test de Bender.....	107
Tabla 12. Modelo Operativo.	154
Tabla 13. Presupuesto.	156

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Árbol de Problemas.....	7
Gráfico 2. Fundamentación científica.	29
Gráfico 3. Depresión.	30
Gráfico 4. Maduración visomotriz.	31
Gráfico 5. Distribución por sexo de los participantes	95
Gráfico 6. Diferencias por sexo en las puntuaciones de CDI.	99
Gráfico 7. Distribución de las categorías diagnosticas del CDI.....	100
Gráfico 8. Puntajes del Test de Bender distribuida por sexo.	104
Gráfico 9. Categorías diagnosticas del Test de Bender.....	105
Gráfico 10. Cronograma.....	157

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA MADURACIÓN VISOMOTRIZ
EN LOS ESTUDIANTES DE CUARTO A SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN
BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA MANUELA ESPEJO DE LA
CIUDAD DE AMBATO”**

Autora: Santana Guevara, Carmen Elena

Tutora: Psc. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda Mg

Fecha: Enero, 2016

RESUMEN

En la presente investigación el principal objetivo estuvo encaminado a analizar como la depresión interviene en la maduración visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo, la muestra de estudio estuvo comprendida por 238 alumnos distribuidos entre hombres y mujeres.

El enfoque investigativo fue de carácter tanto cuantitativo como cualitativo; ya que empleo los datos numéricos obtenidos con el fin de comprender la problemática de estudio, además de incluir métodos que ayuden a la recolección de datos sin necesidad de recurrir a sistemas de medición; utilizando técnicas descriptivas, observaciones y los supuestos teóricos que permitieron sustentar tanto a la depresión como la maduración visomotriz.

Los datos estadísticos se obtuvieron a través de instrumentos estandarizados, como el Inventario de depresión para niños de M. Kovacs (CDI), encargado de establecer los niveles de sintomatología depresiva en niños/as y adolescentes de 6 a 17 años de edad y el Test de Bender-Koppitz cuyo objetivo está enfocado en reflejar el grado de madurez de los niños/as, de modo que pueda revelar posibles disfunciones en la misma.

El análisis correlacional entre los componentes del CDI y la maduración visomotriz, señalan que la depresión se correlaciona de manera baja y positiva con la madurez visomotriz, tras un análisis de determinación, se establece que existe influencia bidireccional entre ambas; existiendo un nivel considerable de predicción. Siendo la capacidad de predicción del CDI sobre la madurez visomotriz del 13,9%. Lo que quiere decir que los cambios en la variabilidad que puede existir en la madurez visomotriz, un 13,9% son explicados por la depresión.

PALABRAS CLAVES: DEPRESIÓN, MADURACIÓN_VISOMOTRIZ, NIÑOS, NEUROPSICOLOGÍA_INFANTIL, PSICOPATOLOGÍA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**“DEPRESSION AND ITS INFLUENCE ON VISUOMOTOR MATURITY
AMONG STUDENTS FROM FOURTH TO SIXTH YEAR OF BASIC
EDUCATION FROM UNIDAD EDUCATIVA MANUELA ESPEJO FROM
AMBATO”**

Author: Santana Guevara, Carmen Elena

Tutor: Psc. Cl. Flores Hernández, Veronica Fernanda Mg

Date: January, 2016

SUMMARY

The main objective of the actual investigation was guided to analyze how depression effects on visuomotor maturity among students from fourth to sixth year of basic education from Unidad Educativa Manuela Espejo, where 238 students, male and female, were taken into account in the study.

The research approach was quantitative as well as qualitative due to the use of numerical data obtained with the purpose of understanding the research problem. Additionally, included methods contributed to data gathering without the necessity of measurement systems. Descriptive techniques, observation, and theoretical assumptions allowed to sustain both depression and visuomotor maturity

Statistical information was attained by standardized instruments, such as the Children’s Depression Inventory by M. Kovacs, which is responsible for setting the levels of depressive symptomatology amid children and adolescents from 6 to 17

years old, and the Bender Koppitz's Test, which objective is focused on reflecting the maturity level of kids, thus possible dysfunctions could be revealed.

The correlational analysis between the components of CDI and visuomotor maturation adduces that depression is correlated to visuomotor maturity. After a determination analysis, it establishes the existence of the bidirectional influence between both of them; confirming a substantial level of prediction. CDI prediction capacity about visuomotor maturity reach a 13, 9%, which means that changes in variability of visuomotor maturity, the 13, 9% is justified for depression.

KEYWORDS: DEPRESSION, VISUAL_MOTOR_MATURITY, CHILDREN, CHILD NEUROPSYCHOLOGY, PSYCHOPATHOLOGY

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del estado del ánimo, que afecta tanto a niños como adultos, cuyas consecuencias tanto mediatas como inmediatas llegan a ser altamente incapacitantes en especial para los infantes, quienes debido a los síntomas que les ocasiona dicho trastorno son incapaces de manejar sus emociones y crear nuevas alternativas de solución ante los problemas que se les presentan, por lo que, la presente investigación se centró en la depresión y su influencia en la maduración visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo, observándose los factores causales, grupales, neuropsicológicos, sintomatológicos y emocionales en la muestra estudiada.

La maduración visomotriz según lo citado por la Dra. Koppitz es aquella función del ser humano que se encuentra integrada y que a su vez responde a una constelación de estímulos dada como un todo, además de que es un aspecto que interviene en una serie de funciones que varían a medida que el niño madura, de modo que no existe una ley en cuanto a la maduración, lo que significa que un individuo puede madurar más rápido en algunos aspectos y de forma más lenta en otros.

Con base en lo mencionado anteriormente y tomando en cuenta la importancia en la que radica determinar a la depresión como factor influyente en la maduración visomotriz, la investigación se centró en base de los siguientes objetivos. Determinar la influencia de los niveles depresión en el grado de maduración visomotriz en la población estudiada, establecer tanto el nivel de depresión como el grado de maduración presente en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa en la que se llevó a cabo el estudio, detectar la población que según el género presenta mayores niveles de depresión y diseñar una propuesta de solución de acuerdo a la problemática encontrada.

La hipótesis planteada es aceptada como validez ya que el análisis correlacional entre los componentes del CDI y la maduración visomotriz, señalan que existe una correlación baja positiva; además indica que los cambios en la variabilidad que puede existir en la madurez visomotriz, un 13,9% son explicados por la depresión.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.Tema

“DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA MADURACIÓN VISOMOTRIZ EN LOS ESTUDIANTES DE CUARTO A SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA MANUELA ESPEJO DE LA CIUDAD DE AMBATO”

1.2. Planteamiento del problema.

1.2.1. Contextualización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003), dio a la depresión el cuarto lugar entre las veinte principales enfermedades de mayor demanda en las áreas de salud, se estima que en 15 años alcance el segundo lugar. Cada año se suicidan casi un millón de personas como causa de la depresión, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por cada 100.000 personas, o el equivalente a una muerte cada 40 segundos. Además, en los últimos 45 años las tasas de suicidio se han elevado a un 60 % a nivel mundial, lo que hace que este acontecimiento ocupe las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; siendo aún más preocupante que dichas cifras no incluyan los intentos autolíticos, que son hasta 20 veces más habituales que los casos de suicidio consumado.

Estudios muestran que a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8 % de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4 % en los países capitalistas y socialistas.

Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes y niños han ido en aumento; a tal punto de que hoy por hoy estos, son el grupo de mayor riesgo en un tercio tanto de los países desarrollados como de los que están en vías de desarrollo.

Dimitrakaki, Giannakopoulos & Kazantzi et al. (2009), en Grecia, realizaron una investigación con 538 niños en edades comprendidas entre los 8 y 12 años de edad, con la que se intentaba determinar cuál era el nivel de sintomatología depresiva dentro de esta población. Los datos arrojados indicaron que el 8,6 % presentaba síntomas depresivos; y que el 21,9 % mostraban la sintomatología depresiva leve.

Romero, Canals & Hernández et al. (2010), en Barcelona, realizaron una investigación con 1507 estudiantes de entre 8 y 12 años, escolarizados de cuarto a sexto año de educación básica, en quienes se encontró una frecuencia del 11,5 % de síntomas depresivos, a su vez no se halló una diferencia significativa con relación al sexo, por otra parte, se encontró mayor sintomatología depresiva en niños de padres migrantes a comparación de los niños españoles.

Fan, Gu & Yang et al. (2011), en Shanghái-China, se elaboró un análisis sobre la presencia de sintomatología depresiva en 7 escuelas primarias pertenecientes al distrito de Shanghái, obteniendo porcentajes globales para la depresión del 1.6 %, además con relación al género, se evidenció que los niños presentaban mayor sintomatología depresiva en comparación a los datos obtenidos para las niñas, ya que el porcentaje para niños fue del 2.08 % y el de las niñas del 1.09 %.

Bernaras, Cueva & Jaureguizar et al. (2013), en la Comunidad Autónoma del País Vasco, investigaron el grado de sintomatología depresiva infantil existente en el área escolar, dicho estudio se llevó a cabo con 1104 alumnos de entre 8 y 12 años de edad, pertenecientes a diferentes instituciones educativas; los resultados arrojados por la investigación, revelaron la existencia de cierta interrelación entre el sexo y la edad, de modo que, en los varones se evidenció un descenso en los niveles de sintomatología depresiva a medida que su edad iba avanzando; en

cambio en las mujeres, se observó que se manifestaba un leve brote a la edad de 12 años.

Carmona, Canino, Jiménez et al. (2006), en una investigación llevada a cabo en Cuba con aproximadamente 90 niñas y niños maltratados, que comprendían edades de entre 7 y 14 años, se evidenció en su población sintomatología depresiva de tipo severa con cifras muy elevadas, representada con el 85,7 %, mientras que la población restante denotaba rasgos de depresión leve.

Mantilla (2004), en una investigación realizada en Bucaramanga, Colombia; con 248 niños de entre 8 y 11 años de edad, los datos señalaron una prevalencia de sintomatología depresiva de al menos el 9.2 %. Dentro del mismo estudio, se realizó una comparación con respecto al género y la edad; los datos indicaron que la presencia de sintomatología asociada con la depresión fue mayor en niñas, representado con el 13.3 % en relación al 6.4 % en los niños. Y en cuanto a la edad de los participantes, los datos revelaron que el grupo con mayor índice de sintomatología depresiva estaba asociado con niños y niñas que oscilaban entre los 11 años de edad.

Atehortúa, Gaviria & Martínez et al. (2006), realizaron un estudio en el oriente Antioqueño en Colombia, cuyo objetivo iba dirigido a establecer cuál era la prevalencia de depresión existente en niños pertenecientes a dicha población, estudiaron a 768 infantes de entre 8 y 12 años de edad, que se encontraban divididos entre género femenino y masculino, de los cuales 389 pertenecían al primer grupo y 379 al segundo, los resultados arrojados señalaron que, al menos una media de la muestra estudiada presentaba sintomatología depresiva, manifestándose una escala total de 10,52 y una desvaloración estándar de 5,61. Además, la sintomatología depresiva encontrada fue de un 25.2%, habiendo considerado puntajes superiores a 17 puntos.

Herrera (2009), en Neiva Colombia, desarrolló una investigación encaminada a revelar el rango de edad de mayor riesgo en los cuales suelen presentarse episodios depresivos en niños y niñas, sostiene que la edad de mayor riesgo y vulnerabilidad son edades que comprendan la adolescencia; mostrando cifras que indican que

dentro del período preescolar existe un 2 % de sintomatología asociada con la depresión, ascendiendo de un 8 a 10 % en edades escolares y al 13 % en la adolescencia.

Rondón (2006), en la ciudad de Lima, Perú; en su investigación sobre salud pública, menciona que la depresión y otras patologías mentales no atendidas de manera adecuada, acompañadas además de sentimientos negativos, provocaron intentos autolíticos al menos en el 1 % de la población; señala además que el 37 % de la población tiene cierta posibilidad de sufrir algún trastorno mental alguna vez en su vida, y a su vez; la prevalencia de depresión infantil en el país equivale al 18,2 %, en la sierra peruana al 16,2 %, y en la Selva al 21,4 %.

Bella, Fernández & Willington (2010), en un estudio de tipo transversal, en la ciudad de Córdoba-Argentina, con 41 niños y adolescentes en edades de entre 8 y 17 años de edad que se encontraban hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital de Niños de la ciudad; (estudio que se llevó a cabo a través de entrevistas clínicas) se determinó que la prevalencia de sintomatología depresiva era del 29,27 %, además de que existían indicadores de intentos de suicidio anteriores y cierta asociación con trastorno de conducta disocial.

Lee Fu & Wang (2008), en Sao Paulo-Brasil, pretendían determinar las características clínicas con mayor incidencia en la depresión; su estudio se realizó con 58 niños/as y adolescentes de entre 5 y 17 años de edad.

En el estudio citado hallaron que las sintomatologías de mayor repunte eran la anhedonia con un 72,4 %, la irritabilidad con un 58.6% y la disminución de la concentración con un 62,1%. Este último factor sin duda, jugando un papel fundamental en cuanto al proceso de aprendizaje se refiere; la disminución de concentración provoca una retención de conocimiento insuficiente dentro del ámbito escolar, por consiguiente fracaso escolar, lo que a su vez puede desembocar en aislamiento, temor a ser rechazado, baja autoestima, entre otros.

Cova (2006), señala que en el estudio realizado por Sepúlveda con 241 adolescentes de entre 16 a 19 años del área norte de Santiago de Chile, se observó que el 14,7 % de los adolescentes presentaban algún tipo de sintomatología y que esta se

encontraba presente en niveles más elevados en las mujeres, en comparación con los varones.

Frisca, Montt & Solís et al. (2007), realizaron otra investigación en Chile con 290 niños, hijos de madres diagnosticadas con depresión y con un nivel socioeconómico insuficiente, y se descubrió que la sintomatología depresiva se presentaba en un 25,9 % de los niños/as de dicha población.

Albuja B, Albuja E & Albuja W (2005), en la capital ecuatoriana, Quito; realizó un seguimiento minucioso a 22 niños y niñas con edades de entre 8 y 12 años, en el que intentaban revelar, si la migración era un factor asociado con la depresión infantil, los datos recogidos señalaron que 8 niños de la población estudiada, tenían depresión, de los cuales 5 eran varones y correspondían al 62,5 % y 3 eran mujeres correspondiente al 37,5 %, los niños que presentaban dicha sintomatología eran hijos de padres migrantes.

Puyol (2009), investigó en la ciudad de Quito, en el sector del Valle de los Chillos, la prevalencia de sintomatología depresiva y su asociación con factores psicosociales, en 195 niños y niñas escolarizados de entre 9 y 16 años, encontrando que la prevalencia de sintomatología depresiva fue al menos del 41 % en la población de estudio, pudiendo asociarse con ciertos factores psicosociales, ya que el 74,35 % provenía de un grupo familiar disfuncional, el 70,7 % se encontraba asociado a un patrón generacional de consumo de alcohol, el 51,7 % padecía maltrato físico, el 65,64 % maltrato psicológico y el 11,28 % eran hijos de madres migrantes.

Con respecto a la variable maduración visomotriz, no se encontraron datos estadísticos, que permitan tener una visión tanto global como del contexto actual donde se desarrollará la investigación, sin embargo fue posible hallar investigaciones encaminadas a estudiar su evolución, su importancia en el desarrollo integral, su relación con la inteligencia, estilos cognitivos, atención, el nivel socio-económico, la diferenciación entre genero entre otros, estudios que se encuentran citados en los antecedentes del presente trabajo investigativo.

ÁRBOL DE PROBLEMAS

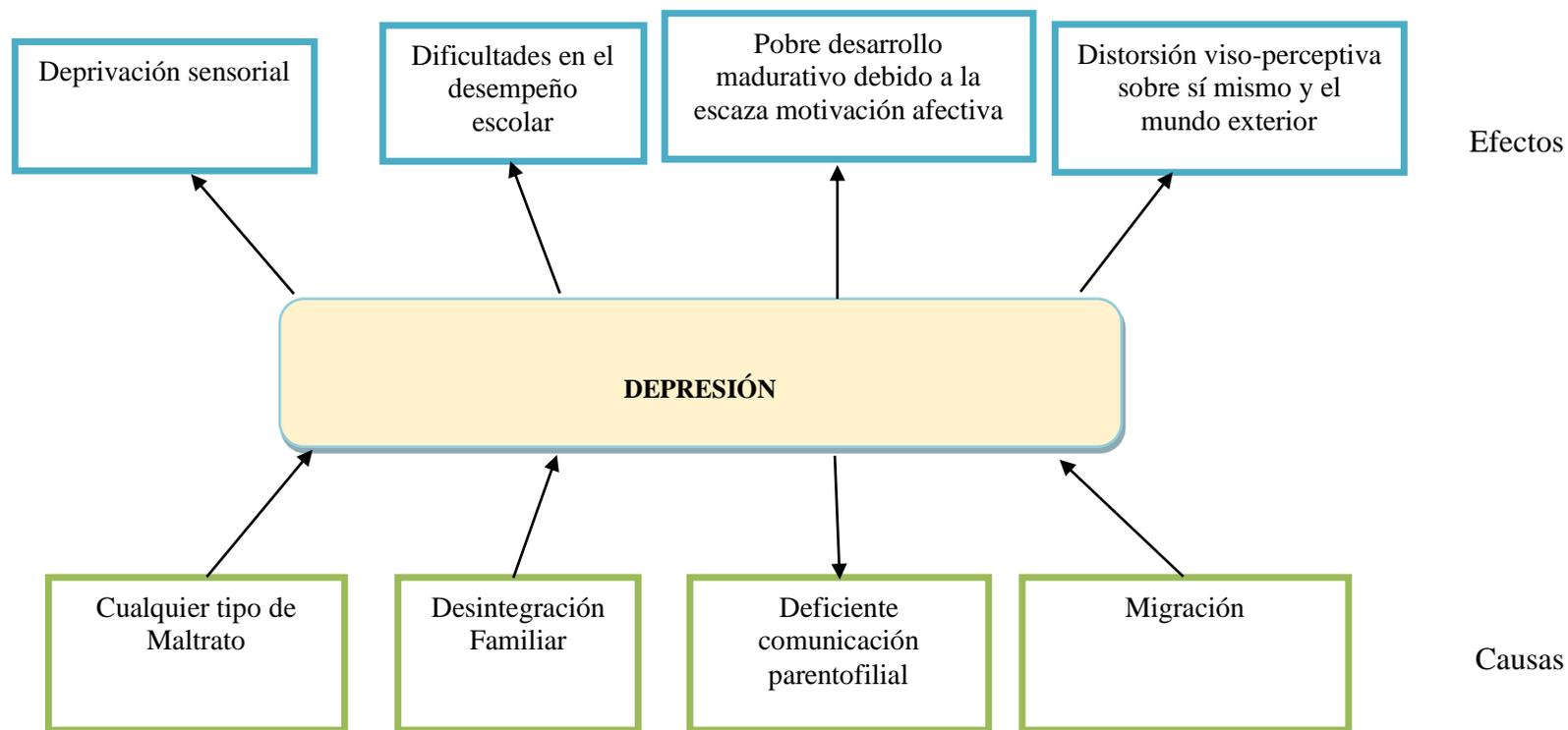


Gráfico 1. Árbol de Problemas

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

1.2.2. Análisis Crítico.

Son varios los factores adyacentes al apareamiento de depresión infantil, dentro de los cuales se encuentran, el maltrato sea este físico o psicológico, la desintegración familiar por separación o muerte de los progenitores, una comunicación deficiente entre los miembros de la familia, migración, abuso sexual, presión académica, situaciones de pobreza entre otros. En años anteriores la depresión era considerada como una enfermedad que afectaba únicamente a adultos, sin embargo en la actualidad, se ha podido comprobar que también puede llegar a ser desarrollada por los infantes; resultando ser altamente incapacitante, no solo por los síntomas que se generan en quien lo padece, sino también debido a la desinformación que pueden llegar a tener las personas aledañas al sujeto que desarrolla esta enfermedad.

La escasa madurez emocional y el desconocimiento para manejar sus propias emociones, son características propias de los niños, niñas y adolescentes, por lo que sin duda forman parte de los grupos con mayor vulnerabilidad; para los infantes que llegan a ser víctimas de un trastorno como la depresión, les es difícil impedir que dicho trastorno interfiera directamente en su desarrollo, sea este escolar, personal o familiar; según lo investigado en consideración con el género con mayor vulnerabilidad a desarrollar depresión, el género femenino sería el más proclive en desarrollar la enfermedad; además de que cada vez la edad de inicio se ve acortada, lo que quiere decir que el sufrimiento emocional ya no aparece únicamente con la pubertad ya que se han registrado indicios de sintomatología depresiva junto con gestos suicidas a edades muy tempranas enmarcadas en los 6 años de edad.

En los niños y niñas que sufren de depresión se evidencian desajustes tanto emocionales, escolares y sociales, tal es así que dentro del área emocional se muestran irritables, decaídos, apáticos, ansiosos o incluso indiferentes, su rendimiento en el área escolar se ve disminuido, además de presentar dificultad para concentrarse, memorizar o existe un enlentecimiento del pensamiento como síntomas relacionados a la aparición del síndrome, a su vez se muestra aislamiento social. Los hechos revelan la necesidad de un plan urgente por parte de los gobiernos de países en los que la depresión y fenómenos asociados, tanto en niños/as, adolescentes, adultos se encuentren afectando.

1.2.3. Prognosis

De no ser atendida la problemática aquí planteada, es posible se suscite el desarrollo de otro tipo de patologías o problemas sociales, tales como trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, trastornos del aprendizaje y a su vez desencadenar en problemas sociales más graves como intentos autolíticos, drogadicción, entre otros. Dentro de un proceso depresivo la emoción se encuentra inexorablemente afectada, en consecuencia los elementos necesarios para un correcto aprendizaje también se ven afectados; de ahí la importancia de que se identifiquen los niveles de depresión que acontecen a niños/as y adolescentes y la afectación que produce en áreas como la maduración visomotriz, área que según advierte Koppitz como resultado de sus investigaciones, se encuentra relacionada con el desempeño escolar.

Considerando que la emoción y la cognición son procesos que van unidos y se interrelacionan entre sí, y que toda información es procesada primero por el sistema límbico o cerebro emocional antes de ser procesada por la corteza cerebral; la presencia de emociones negativas como las que rodean la depresión, sin duda interfieren directamente en áreas como el pensamiento, atención, memoria, planificación, dirección de la conducta, etc., lo que ocasiona que el aprendizaje sea deficiente.

Tomando en cuenta lo antes expuesto, la presente investigación se encargará de obtener datos relevantes acerca de los niveles de depresión existentes en niños/as y como está influyendo en la maduración visomotriz; a su vez, pretende actuar de manera oportuna, evitando que las cifras de deserción escolar e intentos o actos suicidas por causa de la depresión aumenten.

La investigación aquí planteada intenta ser el inicio de futuras investigaciones, cuyo interés sea el bienestar psicosocial de los niños/as ofreciendo datos más certeros sobre la realidad que envuelve a los infantes pertenecientes a la ciudad de Ambato.

1.2.4. Formulación del Problema.

¿Cómo influyen los niveles de Depresión en el grado de Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato?

1.2.5. Preguntas Directrices.

- ¿Qué nivel de depresión presentan los estudiantes de cuarto a sexto años de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato?
- ¿Qué grado de Madurez Visomotriz presentan los estudiantes de cuarto a sexto años de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato?
- ¿En consideración con el género, que población presenta mayores niveles de depresión?
- ¿Qué hacer ante la problemática encontrada?

1.2.6. Delimitación del Problema

Campo: Salud

Área: Salud Mental

Aspecto: Psicopatología-Neurociencias

Delimitación Espacial

Provincia: Tungurahua

Cantón: Ambato

Parroquia: Huachi Loreto

Centro Educativo: Unidad Educativa Manuela Espejo.

Delimitación temporal: La investigación se llevará a cabo desde octubre del 2015 a octubre del 2016.

Unidades de observación: Estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica, de edades comprendidas entre los 8 y 10 años.

1.3. Justificación

El presente trabajo de investigación surge de la importancia que tiene explorar si existe o no niveles de depresión en la población de estudio y si además dicha variable influye sobre la maduración visomotriz, considerando de vital importancia obtener dichos datos partiendo de lo señalado por Koppitz en varias investigaciones en las que relaciona una deficiente maduración visomotriz con el fracaso escolar. Cabe señalar que otro punto clave que motiva la presente investigación radica en la necesidad del plantel educativo Unidad Educativa Manuela Espejo de datos que revelen la presencia o no de sintomatología depresiva en el alumnado, considerándola de suma importancia para la intervención y el mejoramiento de áreas fundamentales para su desarrollo.

La investigación a desarrollarse es relevante dentro del área teórico-práctica para la psicología, puesto que permite cimentar o replantear el conocimiento sobre lo que hasta hoy se sabe sobre el tema propuesto, además de ofrecer datos que nos acerquen a la realidad ecuatoriana y la problemática asociada.

El impacto que pretende ocasionar la investigación planteada, es de tipo social, debido a la necesidad que tienen las personas afectadas directa o indirectamente, de un plan de prevención temprana y esto es posible únicamente si se cuenta con datos que permitan identificar los grupos más vulnerables en el país y las causas que ocasionan el problema en cuestión. Además se busca disminuir las consecuencias tanto inmediatas como a largo plazo, producto de la depresión y problemas asociados.

Los beneficiarios directos del estudio ha realizarse serán los niños/as del Centro Educativo Manuela Espejo ya que en caso de detectarse sintomatología asociada a la depresión se podrá elaborar un plan encaminado al tratamiento, y a su vez se beneficiarán maestros, padres de familia y la comunidad en general, debido a que contarán con datos sobre la realidad existente y mayor información sobre el tema.

La investigación es factible gracias a la apertura de la Institución en donde se llevará a cabo la recolección de los datos, además de contar con los recursos tanto económicos, bibliográficos y material psicométrico.

A su vez se cree necesario otorgar a la comunidad información novedosa y actualizada sobre el tema, ya que el país no cuenta aún con la suficiente base estadística que permita demostrar la importancia del tratamiento psicológico oportuno.

1.4.Objetivos.

1.4.1. Objetivo General

Determinar la influencia de los niveles de depresión en el grado de maduración visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Establecer el nivel de depresión presente en estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo.
- Identificar el grado de maduración visomotriz presente en estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo
- Detectar la población que según el género presenta mayores niveles de depresión.
- Diseñar una propuesta de solución de acuerdo a la problemática encontrada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

Del Berrio, Frías, García et al. (1992), de acuerdo con su estudio “Estructura familiar y depresión infantil” llevado a cabo Valencia-España, en la que participaron 1286 niños escolarizados, con edades que iban desde los 8 hasta los 13 años de edad, de los cuales el 40,7 % tenían una estructura familiar compuesta por más de un hijo, 861 niños se encontraban en familias compuestas por todos sus miembros, 51 infantes pertenecían a familias conformadas por padres separados y 13 tenían familias monoparentales a causa de la muerte de uno de los progenitores, se pudo observar que no existían porcentajes significativos de sintomatología depresiva en los niños cuya estructura familiar se encontraba conformada por 1 o 3 hermanos, sin embargo los niveles de depresión eran ascendentes en niños que tenían más de 4 hermanos, por lo que es posible argumentar que el tamaño familiar es un aspecto importante, que influye directamente en la depresión infantil.

Emilien, Penasse & Waltregny (2000), realizaron una investigación sobre “Deterioro cognitivo en los trastornos depresivos” llevada a cabo con 6 pacientes, de los cuales 4 eran mujeres y 2 hombres, con edades de entre 16 y 54 años, sujetos que además padecían de trastornos depresivos. La puntuación obtenida en la evaluación de la memoria mediante el test de figuras complejas de Rey-Osterrieth, reflejó que existía un 20 % de deterioro moderado, además de una disminución del 20 al 40%, y un deterioro mayor al 60 %, a su vez en los pacientes que tenían un deterioro severo de la memoria mostraron una alteración elevada en cada una de las pruebas de memoria

Mantilla (2004), en su estudio sobre la “Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares en Bucaramanga-Colombia” realizada con 248 niños de entre 8 y 11 años, los datos señalaron una prevalencia de sintomatología depresiva de al menos el 9,2 %. Dentro del mismo estudio se realizó una comparación con respecto al género y la edad, los datos indicaron que la presencia de sintomatología asociada con la depresión fue mayor en niñas, representado con el 13,3 % en relación con el 6,4 % en los niños; y en cuanto a la edad de los participantes, los datos revelaron que el grupo con mayor índice de sintomatología depresiva estaba asociada con niños y niñas en los 11 años de edad, lo que puede estar relacionado con los cambios que representa el comienzo de la adolescencia y la búsqueda de identidad, sin descartar la existencia de problemas emocionales, maltrato físico, psicológico, inestabilidad familiar o escolar.

Pelorosso, Etchevers, Arlandi et al. (2006), en su investigación “Incidencia del estado de privación y riesgo en niños y adolescentes” desarrollado en la ciudad de Buenos Aires-Argentina, con 41 niños de tres instituciones, en las que se encontraban niños con edades entre los 6 y 12 años, la primera institución correspondía a una clínica psiquiátrica de internamiento infanto-juvenil en la que se abordó a 11 niños, de los cuales el 90.91 % era agresivo, 90.91 % tenía autodesvalorización y el 63.64 % presentaba impulsividad, además el 27.27 % poseía una disfunción neurológica; en la segunda institución la muestra estuvo conformada por 15 niños en un hogar para niños sin familia por abandono o maltrato, los datos revelaron que el 100 % manifestaba agresividad, autodesvalorización el 100 %, síntomas ansiosos 53.3 %; la tercera institución era un centro comunitario perteneciente a la Comunidad Salesiana en la que se realizaban actividades con los niños como estudiar, jugar y comer permitiendo además el dormir en la institución durante los días de la semana, la población estudiada en dicha institución fue de 15 niños de los cuales el 93.33 % era agresivo, la autodesvalorización correspondió al 86.7 % y el 66.67 % sufría de una disfunción neurológica. La hipótesis que planteó la investigación, señala, que los factores de riesgo y privación vividos por los niños que debieron abandonar sus familias, producen alteraciones en los procesos afectivos, madurativos y sociales de los

mismos; sin embargo, los resultados indican que los cambios agresivos y reiterados en el medio ambiente durante el desarrollo emocional infantil, generan trastornos de conducta y aprendizaje, un alto porcentaje de agresividad, una autoimagen y autoestima baja y que se reflejan en la auto-desvalorización de estos niños.

Atehortúa, Gaviria, Martínez et al. (2006), realizaron un estudio en el oriente Antioqueño en Colombia, cuyo objetivo iba dirigido a establecer cuál era la prevalencia de depresión existente en niños pertenecientes a dicha población, llevado a cabo con 768 infantes de entre 8 y 12 años de edad, que se encontraban divididos entre género femenino y masculino, de los cuales 389 pertenecían al primer grupo y 379 al segundo; el instrumento que se utilizó para la investigación fue el Children Depression Inventory (CDI), en el que se localizó una media de depresión en la escala total de 10,52 y una desvaloración estándar de 5,61, a su vez los porcentajes de sintomatología depresiva hallada alcanzó el 25.2%.

Esparza & Rodríguez (2009), diseñaron un estudio correlacional, cuyo objetivo, era determinar si los aspectos inmersos en el ámbito familiar y escolar, mantenían relación con la ansiedad y la depresión; la población estudiada fue de 254 niños, escolarizados, en edades que comprendían los 6 y 11 años de edad, los resultados obtenidos señalaron que el 70 % de la población mantiene una familia nuclear, mientras que el 30 % convive únicamente con uno de los progenitores, siendo hijos únicos o experimentado una situación estresante como la separación o muerte de uno de los padres, de dicha población el 55.5 % presentó ansiedad y el 52 % indicó depresión; en relación con el ámbito escolar se asoció a la exigencia académica, como uno de los factores que más se relaciona con la aparición de estados de ansiedad. Y con respecto a la depresión infantil, se encontró que dentro de los factores que más se asocian con el padecimiento, están las relaciones sociales, además de la exigencia académica.

Dimitrakaki, Giannakopoulos, Kazantzi et al. (2009), en Grecia realizaron una investigación con 538 niños, con edades comprendidas entre los 8 y 12 años de edad, en el que se intentaba determinar cuál es el nivel de sintomatología depresiva

dentro de esta población. Los datos indicaron que el 8,6 % mostraba síntomas depresivos y el 21,9 % presentaba sintomatología depresiva leve.

Romero, Canals, Hernández et al. (2010), realizaron una investigación en 1507 estudiantes de Barcelona, de entre 8 y 12 años, escolarizados de cuarto a sexto año de educación básica, en quienes se encontró una frecuencia del 11,5 % de síntomas depresivos, a su vez, no se halló una diferencia significativa con relación al sexo, lo que desestabiliza la versión de ciertas investigaciones en las que se menciona que el sexo femenino tiende a la depresión en cifras más elevadas que el sexo masculino; además se encontró mayor sintomatología depresiva en niños de padres migrantes a comparación de niños españoles.

Bella, Fernández & Willington (2010), en un estudio de tipo transversal, en la ciudad de Córdoba-Argentina, con en 41 niños y adolescentes, con edades entre los 8 y 17 años de edad, que se encontraban hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital de Niños de la ciudad; el mismo que se llevó a cabo a través de entrevistas clínicas, determinó que la prevalencia de sintomatología depresiva era del 29,27 %, además de que existían indicadores de que previo a los intentos de suicidio existía cierta asociación con el trastorno de conducta disocial y directamente con la depresión.

Quiceno, Restrepo & Vinaccia (2011), llevaron a cabo una investigación de tipo transversal, en la que analizaron, la relación entre la resiliencia, la depresión y la calidad de vida, en 36 adolescentes escolarizados de la ciudad de Medellín, Colombia; los datos obtenidos a nivel descriptivo, señalan a la calidad de vida como favorable entre los adolescentes, además de un porcentaje elevado de resiliencia y sin encontrarse porcentajes clínicamente significativos de depresión infantil. Sin embargo, un hecho relevante en la investigación señala que la percepción que tienen los adolescentes sobre su calidad de vida, se ve modificada positiva o negativamente por la resiliencia y la depresión.

Trelles, Vega & Velasco (2011), en la ciudad de Cuenca-Ecuador, realizaron un estudio con 10718 niños/as de quinto, sexto y séptimo con las siguientes conclusiones: la edad con mayor sintomatología de depresión está entre los 9 y 10

años y con menor sintomatología depresiva entre los 11 años; revelando una tendencia ascendente de aparición de depresión infantil que inicia a los 9 años de edad y declina a los 12 años. Tomando en cuenta el género, los niños poseían mayores niveles de sintomatología depresiva que las niñas. También se tomó en cuenta la organización familiar; y a pesar de que siempre se ha pensado que la ausencia de padres o la existencia de familias desestructuradas son factores predeterminantes en la depresión infantil, el estudio reveló que los niños que provienen de familias estructuradas también presentan niveles de depresión similares a los arrojados por los niños de familias desestructuradas; cabe resaltar que los niveles de depresión en niños/as se evidencian también tanto en niños de padres migrantes como en los que viven con ambos progenitores.

Espinoza (2012), realizó un estudio en la ciudad de Cuenca-Ecuador, sobre “Depresión Infantil y el Desarrollo Emocional de los Niños del Proyecto Comunitario “Juntos Caminemos”, llevado a cabo con 60 padres de familia y 50 niños que pertenecían a dicho proyecto, los datos rebelaron que la población involucrada presentó constante tristeza e irritabilidad representada por el 76 %, el 66 % tenían dificultad en las relaciones sociales, en el 15 % su apariencia era de cansancio y apatía, un 14 % realizó representaciones con dibujos o verbalizaciones acerca de muerte. La muestra en su mayoría provenía de familias disfuncionales o con un grupo grande de miembros, además de existir maltrato intrafamiliar y consumo de sustancias psicotrópicas por parte de alguno de los progenitores.

Hoyos, Lemos & Torres (2012), realizaron un estudio de tipo analítico, cuyo tema era “Factores de Riesgo y de Protección de la depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín” en el que se intentaba establecer cuáles eran los factores asociados con la depresión infantil, la población que participó en la investigación, estuvo constituida por 3690 adolescentes, hombres y mujeres, de escuelas tanto públicas como privadas, y con edades entre 9 y 19 años, los datos indicaron que aunque la familia nuclear era predominante en dicha población no alcanzaba ni el 50 % y que el 12.1 % de los adolescentes cumplieron con los criterios diagnósticos de depresión, hallándose diferencias estadísticamente significativas según el género

ya que el trastorno se encontró en el 9.3 % de los varones en comparación con las mujeres en las que se encontró el 13.9 % de sintomatología depresiva.

Vázquez & Quijano (2013), en su investigación en Colombia, titulada “Cuando el intento suicida es cosa de niños” llevada a cabo a través del análisis de 213 pacientes con edades de entre 6 a 18 años de edad, atendidos por intento de suicidio en el Hospital Infantil de la Misericordia, en periodos comprendidos entre el año 2001 hasta el 2013, de los cuales 93 casos tenían un diagnóstico de trastorno de ansiedad, 89 diagnóstico de trastorno depresivo, 37 padecían de déficit cognitivo, 16 casos mantenían un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, 16 con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, 14 con trastorno del vínculo, 5 presentaban algún estado médico grave o crónico relacionado con la hemofilia, la epilepsia, el lupus, el vitíligo, la anemia entre otros y 7 presentaron consumo de sustancias psicoactivas. En la investigación los datos concluyeron que el método que la mayoría de adolescentes utilizaba para el acto suicida era mediante la intoxicación con medicamentos, que se encuentran a su alcance y disponibles en su hogar. Además el estudio señala que el sufrimiento emocional no aparece únicamente con la pubertad y que la población más vulnerable no son solo los niños/as de 12 años, ya que también se han registrados indicios de sintomatología depresiva y gesto suicida desde los 6 años de edad.

Bernaras, Cueva, Jaureguizar et al. (2013), llevaron a cabo una investigación con 1104 alumnos de entre 8 y 12 años de edad, de los cuales 557 eran niñas y 527 eran niños pertenecientes a diferentes instituciones educativas de la Comunidad Autónoma del País Vasco, el interés del estudio fue determinar el grado de sintomatología depresiva infantil que se manifestaba en el área escolar, los resultados arrojados por la investigación revelaron que el 4.2 % presentaba sintomatología depresiva, en comparación con el sexo los niños presentaron porcentajes depresivos más elevados que las niñas ya que se evidencio el 6 % en varones y el 2.6 % en mujeres; sin embargo se encontró también cierta interrelación entre el sexo y la edad, de modo que, en las niñas de edades comprendidas entre los 8 y 9 años se observó niveles más bajos de sintomatología depresiva, en comparación con niñas de 10 y 11 años, mientras que en los varones

se observó un descenso en los niveles de sintomatología depresiva a medida que su edad iba avanzando; además dentro de su investigación, refieren que varios de los indicadores que mejor pronostican la aparición de depresión en la infancia son, el estrés social, la ansiedad, el sentido de incapacidad y la baja autoestima; lo que a su vez concuerda con la literatura que menciona al elemento emocional, social y cognitivo como parte de la sintomatología depresiva.

Cousino & Wilder (1978), en su investigación titulada “La función viso-motora en niños de Santiago de Chile” llevada a cabo con 563 niños de cuales 252 eran hombres y 311 mujeres, se evidencio que el 67.55 % de la población estudiada poseía un desarrollo normal mientras que el 32.45 % presentaba una alteración, retardo o posible alteración de tipo orgánico o funcional del sistema nervioso en relación a la maduración visomotriz.

Koppitz (1982), refiere que Simpson en un estudio comparativo entre 50 niños de género masculino de primer grado, de los cuales 25 tenían perturbaciones emocionales mientras que los otros 25 no se poseían sin ninguna perturbación emocional, los resultados obtenidos señalaron que ninguno de los dos grupos no presentaron diferencias significativas relacionadas con su capacidad para copiar cuadrados y círculos sencillos ni en la percepción de semejanzas y diferencias visuales, sin embargo si mostraban diferencias significativas en los criterios que evaluaba el Test Gestáltico Visomotor Bender es decir en la integración visomotora por lo que Simpson señaló que los niños con problemas emocionales no difieren de los demás en la coordinación visomotora ni en la percepción, pero revelan perturbaciones en la integración de ambas funciones es decir presentan una disfunción en la percepción visomotora como consecuencia de una perturbación emocional.

Cruz, Garaigordobil & Maganto (2001), desarrollaron un investigación encaminada a analizar los cambios evolutivos en la coordinación visomotora y su relación con otras variables cognitivas como la inteligencia, la atención y el estilo cognitivo, la muestra empleada para dicho estudio estuvo conformada por 436 sujetos de 4 a 8 años y medio de ambos sexos. El análisis correlacional entre la coordinación

visomotora y las variables inteligencia, atención y estilo cognitiva indicaron que entre la edad de 4 y 5 años la variable que mayor relación presenta con la coordinación visomotora es la atención y que a los 6, 7 y 8 años la variable que más se relaciona con la coordinación visomotora es la inteligencia lo que en conclusión quiere decir que los niños de 4 a 8 años con mayor nivel intelectual y mayor capacidad de atención realizaran un mejor desempeño en tareas que impliquen coordinación visomotora; además el análisis descriptivo reveló que la coordinación visomotora, la inteligencia, la atención y los estilos cognitivos poseen un carácter evolutivo dado que conforme incrementa la edad se evidencia un mejor rendimiento. Por último indicaron que las variables que mejor predicen el adecuado desarrollo de la coordinación visomotora son la inteligencia y la atención; es decir que la coordinación visomotora será explicada mejor por la atención a edades entre 4 y 5 años y a los 6, 7 y 8 años será explicada mejor por la inteligencia.

Heno y Camacho (2010), de acuerdo con su investigación “Prevalencia de disfunciones visomotoras y visoperceptuales en niños entre cinco y nueve años” realizada en las localidades de Fontibón, Puente Aranda y Usaquén, en Bogotá-Colombia, con 150 niños escolarizados, la integración visomotora y las habilidades perceptuales visuales no tienen relación directa con el género, además los niños que participaron en el estudio evidenciaron buenas habilidades perceptuales visuales, buena integración visomotora, pero deficiente capacidad para integrarlas; a su vez los datos revelaron que la agudeza visual no es un factor determinante en el desarrollo de las habilidades perceptuales visuales ni de la integración visomotora y que las disfunciones visomotoras y viso-perceptuales pueden estar relacionadas con anomalías diferentes a las inherentes al sistema óptico visual, pudiendo estar involucrados otros factores, ya sean relacionados con la integración de la información visual, o las características de la localidad en donde residen los sujetos, teniendo en cuenta su estrato socioeconómico o algún tipo de estimulación. Cabe señalar que la población con mayor disfunción visomotora y viso-perceptuales fueron los niños pertenecientes a los colegios de las localidades de Fontibón y Puente Aranda.

Moo, Flores, Ulloa et al. (2011), en su investigación realizada en México, sobre la estructura del sueño y las funciones ejecutivas en niños con depresión; en la que la muestra estuvo comprendida por 20 participantes, con edades entre los 10 años y medio de edad, de los cuales el 45 % era de género femenino; 10 de ellos fueron diagnosticados con depresión mayor y los otros 10 era el grupo control, se observó según los resultados obtenidos, que en relación con el género no hubo diferencias estadísticamente significativas, a su vez, no se observó alteraciones en el desarrollo normal del sueño, ya que la eficiencia del sueño fue mayor al 90 %, sin que se evidencie somnolencia diurna; tanto en el grupo que padecía depresión como en el que no la sufría no existió diferencias en los índices de inicio y continuidad del sueño, sin embargo en las funciones ejecutivas se observaron que hay un mayor nivel de afectación en áreas relacionadas con el control visomotor y de impulsos, memoria de trabajo e identificación de la relación de peligro y recompensa; lo que en consecuencia indicaría que las áreas prefrontales son más vulnerables a la depresión que las estructuras que regulan el ritmo circadiano y homeostático del sueño.

Quevedo, Ogas & Salas (2011), llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo era evaluar y determinar el nivel de coordinación visomotriz alcanzado por 161 alumnos entre 6, 8 y 9 años escolarizados; empleando como instrumento cuantitativo al Test Gestáltico de Bender, el mismo que evalúa la coordinación visomotora como función neurocognitivo; los resultados obtenidos señalaron que el 64 % de los sujetos pertenecientes a la muestra, presentan alteraciones en la coordinación visomotora, evidenciando cierta incapacidad para percibir al dibujo como un todo y de iniciar o detener una acción voluntaria lo que por consecuencia ha dado como resultado un desempeño escolar insuficiente.

2.2.Fundamentación

2.2.1. Filosófica

La investigación estará fundamentada de manera tanto crítica como propositiva, de manera crítica el estudio contará con una amplia fuente bibliográfica de la cual se pretende obtener la mayor cantidad de información, necesaria para sustentar y apoyar la hipótesis, además de otorgar una visión más global sobre la depresión y la maduración visomotriz desde el punto de vista neuropsicológico, a su vez el análisis de los resultados será llevado a cabo a través del método correlacional que permitirá observar si la depresión influye en el grado de maduración visomotriz; de forma propositiva identificará la problemática existente, planteando posibles alternativas de solución, que permitan disminuir las consecuencias tanto inmediatas como a largo plazo producto del problema investigativo.

2.2.2. Epistemológica

La investigación también aspira ser capaz de expresar de forma amplia por medio de varias investigaciones realizadas en años anteriores como en la actualidad, que contribuyan en la definición de ambas variables es decir tanto de depresión como de maduración visomotora, de modo que permita conceder distintas nociones, sustentadas en bases científicas, que nos acerquen al objetivo investigativo, brindando nuevas maneras de solución, de tal modo que sea posible replantear o cuestionar aquello que hasta ahora es reconocido como cierto.

2.2.3. Axiológica

La investigación será llevada a cabo a través de un carácter axiológico, respetando los valores tanto éticos, morales y universales, sobre los cuales se realizará el estudio detallado anteriormente, poniendo en consideración la integridad de la persona, salvaguardando la identidad de los sujetos involucrados en la investigación, además de otorgándoles un trato igualitario, respetando sus diferencias y habilidades propias.

2.2.4. Psicológica.

Para tratar de explicar tanto las variables inmersas en el presente trabajo investigativo, así como las consecuencias directas o indirectas se lo hará desde el punto de vista tanto de la psicopatología, como de la neuropsicología.

Desde el punto de vista psicopatológico la presente investigación permitirá brindar una visión más global acerca de la depresión y sus criterios diagnósticos, junto con las afectaciones tanto cognitivas, emocionales y comportamentales, presentes en el individuo que padezca dicha enfermedad; a su vez identificar si existen niveles de depresión en población infantil hará posible encaminar planes de intervención en base el modelo cognitivo conductual.

Desde la base neuropsicología estudiará como es que la depresión junto con la maduración visomotriz interactúan entre si y cuál es su impacto a corto y largo plazo, además hará posible entender cómo se desarrollan los procesos madurativos en el cerebro de los niños/as, además de darnos indicios de una maduración inadecuada o insuficiente para la edad del sujeto y las posibles causas que la provocan.

El conocimiento brindado por ambas ciencias, facilitara el cumplimiento del paradigma propositivo, ofreciendo mejores alternativas de solución, puntualizando la importancia de la psicología en la vida de todos los individuos.

2.3.Fundamentación Legal

La investigación en consideración de la problemática estudiada cree necesario fundamentar el estudio tomando en cuenta la base legal que protege a los niños y niñas inmersos en la población de estudio, por lo que se tendrá en cuenta las leyes postuladas por el Congreso Nacional del Ecuador, suscritas en la Constitución de la Republica, leyes que garantizan los derechos que posee los niños, niñas y adolescentes.

El Congreso Nacional (2002), haciendo uso de sus facultades constitucionales y legales, emitió el Cogido de la niñez y adolescencia con varios artículos encaminados a precautelar el bienestar de los menores; de acuerdo con el problema estudiado se citara lo más relevante establecido en el Libro Primero, Título I, Los

niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho; Título II, sobre principios fundamentales.

Se incluirán también algunos artículos que hacen hincapié sobre los derechos que tienen los niños, niñas y adolescentes en el área educativa según la Ley del Buen Vivir.

Libro Primero

Los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos

Título I

DEFINICIONES

Art. 1.- Finalidad.

Este código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador; con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, deberes y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes y los medios para hacerlos efectivos, garantizarlos y protegerlos, conforme el principio del interés superior de la niñez y adolescencia y a la doctrina de protección integral.

Art. 2.- Sujetos protegidos.

Las normas del presente Código son aplicables a todo ser humano, desde su concepción hasta que cumpla dieciocho años de edad. Por excepción, protege a personas que han cumplido dicha edad, en los casos expresamente contemplados en este Código.

Art. 3.- Supletoriedad.

En lo no previsto expresamente por este Código se aplicaran las demás normas del ordenamiento jurídico interno, que no contradigan los principios que se reconocen en este Código y sean más favorables para la vigencia de los derechos de la niñez y adolescencia.

Art. 4.- Definición de niño, niña y adolescente.

Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad.

Art. 5.- Presunción de edad.

Cuando exista duda sobre la edad de una persona, se presumirá que es un niño o niña antes que adolescente; y que es adolescente, antes que mayor de dieciocho años.

Título II

Principios Fundamentales.

Art. 6.- Igualdad y no discriminación.

Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia, color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares. El Estado adoptará las medidas necesarias para eliminar toda forma de discriminación.

Art. 7.- Niños, niñas y adolescentes indígenas y afroecuatorianos.

La ley reconoce y garantiza el derecho de los niños, niñas y adolescentes de nacionalidad indígena y afroecuatorianos, a desarrollarse de acuerdo a su cultura y en un marco de interculturalidad, conforme a lo dispuesto en la Constitución Política de la República, siempre que las prácticas culturales no conculquen sus derechos.

***Nota:** Por Disposición Derogatoria de la Constitución de la República del Ecuador (R.O. 449, 20 X - 2008), se abroga la Constitución Política de la República del Ecuador (R.O. 1, 11-VIII 1998), y toda norma que se oponga el nuevo marco constitucional.*

Art. 8.- Corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia.

Es deber de Estado, la sociedad y la familia, dentro de sus respectivos ámbitos, adoptar las medidas políticas, administrativas, económicas, legislativas, sociales y jurídicas que sean necesarias para la plena vigencia, ejercicio efectivo, garantía, protección y exigibilidad de la totalidad de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. El Estado y la sociedad formularán y aplicarán políticas públicas sociales y económicas; y destinarán recursos económicos suficientes, en forma estable, permanente y oportuna.

Art. 9.- Función básica de la familia.

La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente. Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respecto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respecto y exigibilidad de sus derechos.

Art. 10.- Deber del Estado frente a la familia.

El estado tiene el deber prioritario de definir y ejecutar políticas, planes y programas que apoyen a la familia para cumplir con las responsabilidades especificadas en el artículo anterior.

Art. 11.- El interés superior del niño.

El interés superior del niño es un principio que está orientado a satisfacer el ejercicio efectivo del conjunto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; e impone a todas las autoridades administrativas y judiciales y a las instituciones públicas y privadas, el deber de ajustar sus decisiones y acciones para su cumplimiento.

Para apreciar el interés superior se considerará la necesidad de mantener un justo equilibrio entre los derechos y deberes de niños, niñas y adolescentes, en la forma que mejor convenga a la realización de sus derechos y garantías.

Este principio prevalece sobre el principio de diversidad étnica y cultural. El interés superior del niño es un principio de interpretación de la presente Ley. Nadie podrá

invocarlo contra norma expresa y sin escuchar previamente la opinión del niño, niña o adolescente involucrado, que esté en condiciones de expresarla.

Art. 12.- Prioridad absoluta.

En la formulación y ejecución de las políticas públicas y en la provisión de recursos, debe asignarse prioridad absoluta a la niñez y adolescencia, a las que se asegurará, además, el acceso preferente a los servicios públicos y a cualquier clase de atención que requieran. Se dará prioridad especial a la atención de niños y niñas menores de seis años. En caso de conflicto, los derechos de los niños, niñas y adolescentes prevalecen sobre los derechos de los demás.

Art. 13.- Ejercicio progresivo.

El ejercicio de los derechos y garantías y el cumplimiento de los deberes y responsabilidades de niños, niñas y adolescentes se harán de manera progresiva, de acuerdo a su grado de desarrollo y madurez. Se prohíbe cualquier restricción al ejercicio de estos derechos y garantías que no esté expresamente contemplado en este Código.

Art. 14.- Aplicación e interpretación más favorable al niño, niña y adolescente.

Ninguna autoridad judicial o administrativa podrá invocar falta o insuficiencia de norma o procedimiento expreso para justificar la violación o desconocimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Ley del Buen Vivir

Título VII

Capítulo I

Inclusión y equidad, Sección primera educación

Art. 347.- Será responsabilidad del Estado:

1. Garantizar que los centros educativos sean espacios democráticos de ejercicio de derechos y convivencia pacífica. Los centros educativos serán espacios de detección temprana de requerimientos especiales.

2. Garantizar modalidades formales y no formales de educación.
3. Asegurar que todas las entidades educativas impartan una educación en ciudadanía, sexualidad y ambiente, desde el enfoque de derechos.
4. Garantizar el respeto del desarrollo psicoevolutivo de los niños, niñas y adolescentes, en todo el proceso educativo.
5. Erradicar todas las formas de violencia en el sistema educativo y velar por la integridad física, psicológica y sexual de las estudiantes y los estudiantes.
6. Garantizar la participación activa de estudiantes, familias y docentes en los procesos educativos.

2.4.Fundamentación Científica

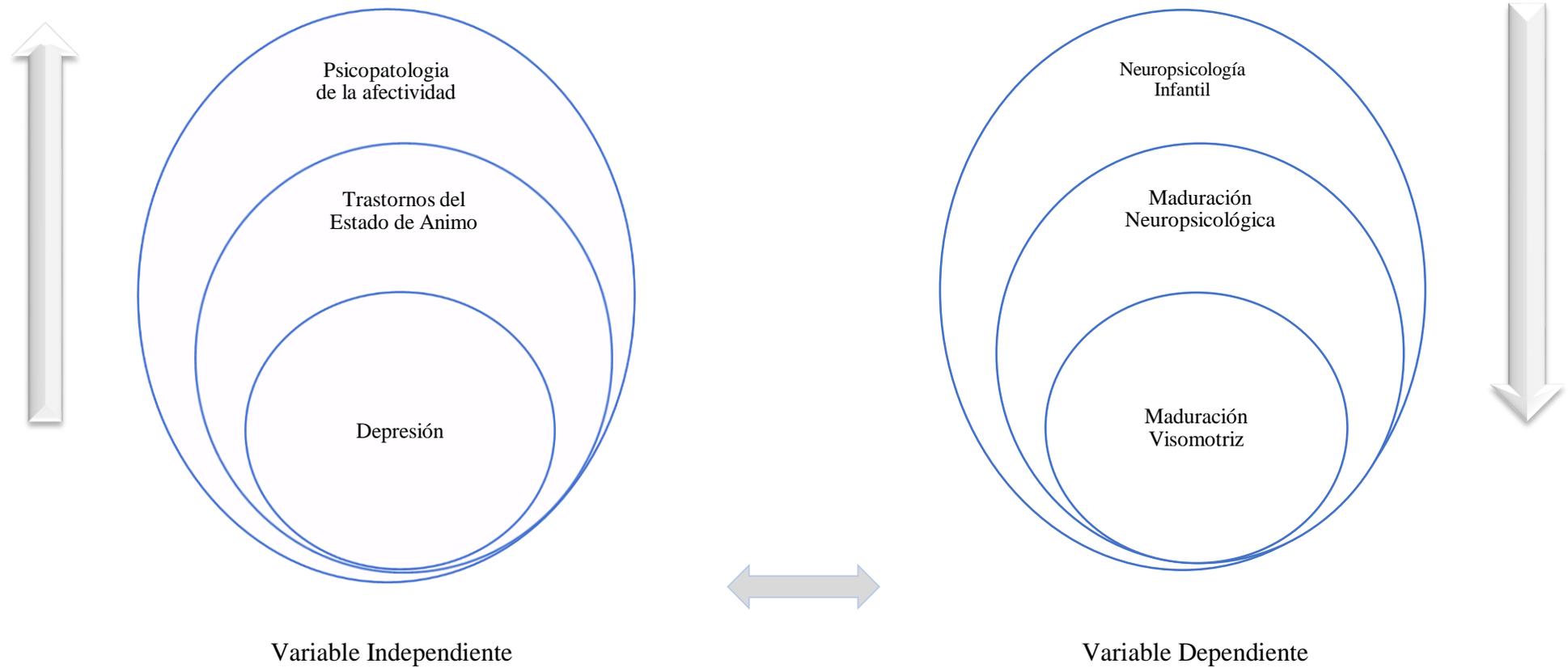


Gráfico 2. Fundamentación científica.

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Independiente: Depresión

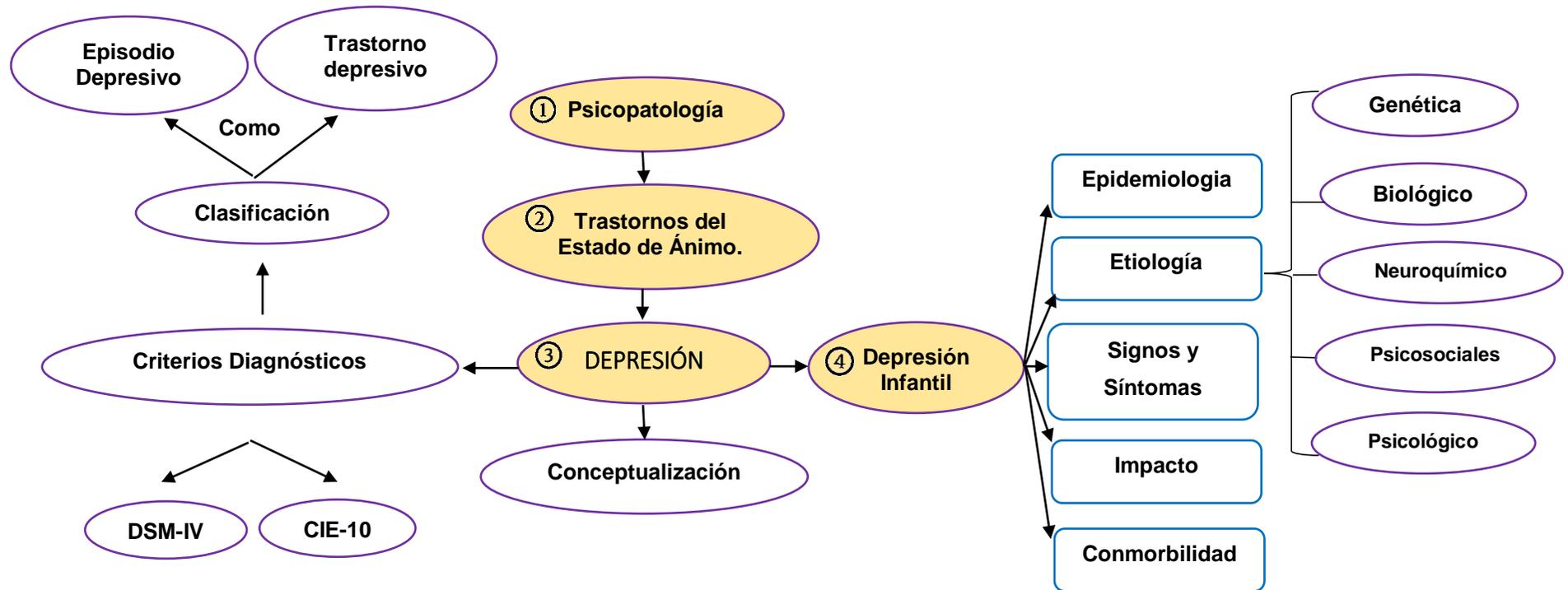


Gráfico 3. Depresión.

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Variable Dependiente: Maduración visomotriz

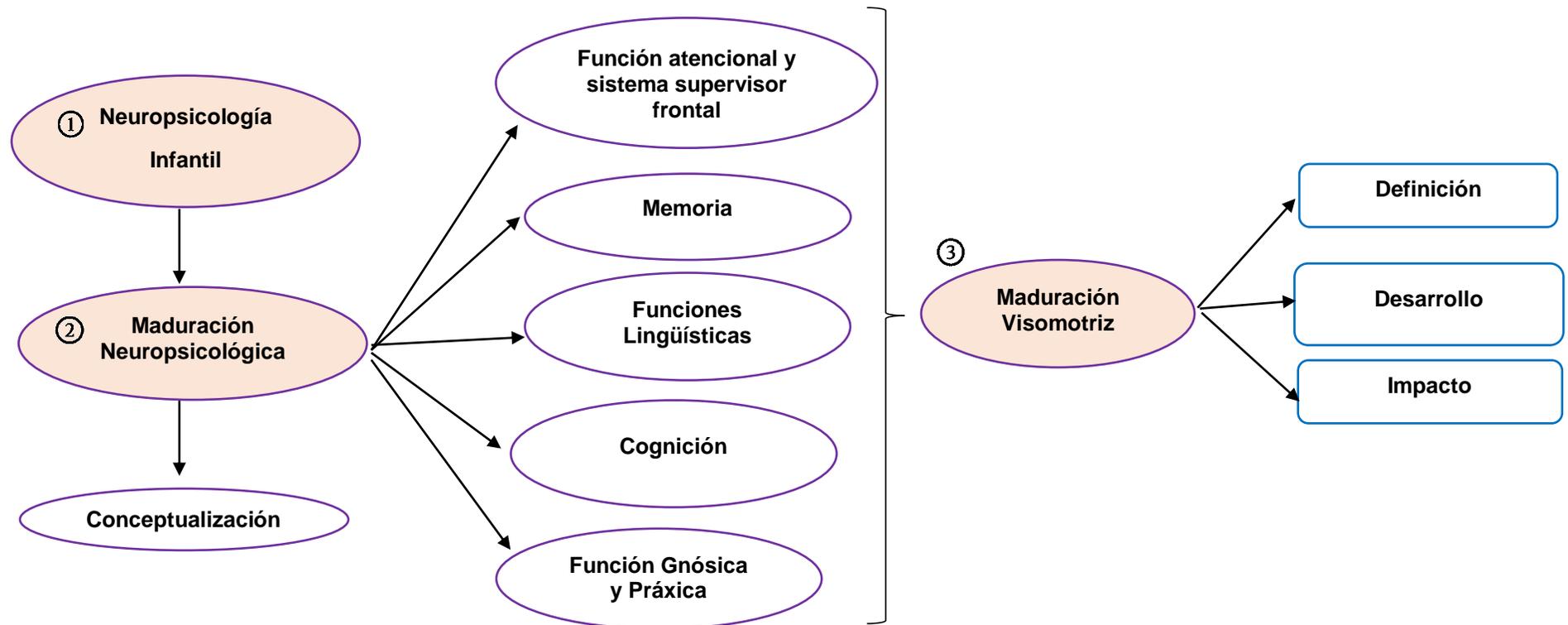


Gráfico 4. Maduración visomotriz.

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

24.1 Variable independiente

Psicopatología de la afectividad

Berrios (1989), dentro de los aspectos históricos menciona que los avances en la psiquiatría clínica depende básicamente de la destreza y de la eficacia que se mantenga en torno a la descripción psicopatológica; por tal motivo, llama mucho la atención que al examinar el origen y la evolución de la propedéutica de la afectividad, se encuentre escasa información en comparación con otras áreas, lo que sin duda da cuenta de que su progreso histórico no ha sido paralelo al de otras áreas psicopatológicas. En el transcurso de la historia, varios investigadores habrían señalado a la cognición y al afecto como aspectos totalmente antagónicos es decir opuestos entre si y poco relacionados, además de inútiles para la descripción de los trastornos mentales, sin embargo, no será hasta el siglo XIX que los síntomas afectivos empiezan a ser reconocidos en los cuadros clínicas de las enfermedades psiquiátricas, como criterios a tomar en cuenta para el diagnóstico.

Bulbena (1988), analiza a la psicopatología de la afectividad, como aquella ciencia que se encarga del estudio del sistema emocional o sentimental del sujeto en general y que a su vez, incluye distintas funciones psíquicas, como el estado de ánimo, los sentimientos, las emociones, el humor, los afectos, el temple, entre otras. Aun en las investigaciones actuales no existe un área de estudio bien definida, en cuanto a lo que lenguaje científico se refiere para conceptualizar a dichos conceptos, por lo que es habitual que sean confundidos unos con otros y que incluso sean usados como sinónimos, aunque estrictamente son procesos totalmente diferentes, que sin embargo es encuentran relacionados entre sí.

Martín, Pérez, & Bulbena (2000), desde el punto de vista conceptual, refieren que la afectividad puede ser definida tomando en cuenta el aspecto clínico, el mismo que entiende por afectividad al conjunto de experiencias que precisan y delimitan la vida emocional de todo ser humano, y que a su vez se encuentra constituida por distintos

elementos, tales como, los sentimientos, las emociones, los deseos y entre otros. Por tanto, la afectividad viene a representar el conjunto de estados y pasiones del ánimo que cada sujeto experimenta de forma personal y subjetiva, y que además es capaz de modificar tanto su personalidad como su conducta, influyendo además en su capacidad de comunicación.

Crespo (2011), señala que la psicopatología de la afectividad, examina el sistema emocional o sentimental del ser humano en general, incluyendo distintas funciones psíquicas como el estado de ánimo, los sentimientos, las emociones, el humor, los afectos, el temple, entre otros. Además en el transcurso de sus estudios indica que las alteraciones de la afectividad podrían analizarse, tomando en cuenta dos variables; la una estaría relacionada con el hecho de que, existen síntomas específicos que rebelan algunas modificaciones características de la afectividad (como la tristeza, la alegría patológica, la apatía, la anhedonia, etc.) y, por otro lado, la otra estaría relacionado con el hecho de que las alteraciones afectivas también pueden ser analizadas a partir de síndromes afectivos más significativos, como el síndrome depresivo o el síndrome maníaco entre los más relevantes, los mismos que se caracterizan por presentar una serie de síntomas, en los que las modificaciones en torno al estado de ánimo son el eje central para el diagnóstico.

De acuerdo con lo citado anteriormente se cree necesario establecer las conceptualizaciones existentes, tanto para la emoción, los sentimientos y el afecto, que como ya se ha señalado suelen ser entendidos como semejantes, además de que es indispensable distinguirlos, para la elaboración de cuadros clínicos en relación a dichos conceptos.

- La emoción

Yankovic (2011) considera que cada emoción nos predispone de un modo diferente a la acción y por ende influyen en nuestras decisiones. Sobre esa base se puede considerar a las emociones como la reacción inmediata del ser vivo a una situación que puede ser

favorable o desfavorable; se dice que es inmediata ya que está condensada y por así decirlo, resumida en la tonalidad sentimental, sea esta placentera o dolorosa, lo que quiere decir que pone en alarma al ser vivo y lo predispone para afrontar cualquier situación que se le presente con los medios que estén a su alcance.

- Los sentimientos

Álvarez, Barrera & Meneces (2004), indican que los sentimientos, son la expresión mental de las emociones, lo que quiere decir que se pueden distinguir sentimientos cuando la emoción es codificada en el cerebro, lo que a su vez hace que la persona llega a darse cuenta de que emoción es la que está sintiendo, sea esta de alegría, pena, rabia, tristeza o vergüenza.

Margulis (2010), quien considera que los sentimientos son percepciones conscientes sobre los diferentes cambios corporales provocados por una emoción, es así que otorga diversas maneras de ser concebidos, tales como: “experiencia emocional” “percepción emocional” o “emoción consciente”. Establece importantes diferencias entre la emoción y los sentimientos ya que indica que, mientras las emociones pueden ser experimentadas tanto en animales como en humanos, los sentimientos solo pueden ser desarrollados por animales con conciencia y lenguaje, es decir por el ser humano.

- El afecto

Álvarez, Barrera y Meneces (2004), señalan que aunque en la actualidad aún se establece al afecto y a la emoción como fenómenos análogos, son elementos totalmente distintos, aunque íntimamente relacionados entre sí, es así que establecen importantes diferencias entre la emoción y el afecto, para estos autores, la emoción se desarrolló como una respuesta individual que se produce de manera interna en los seres vivos y que a su vez simula un detector de las probabilidades de supervivencia que representa cada situación, mientras que el afecto es un proceso de interacción social que se da entre dos o más personas, cabe señalar que mientras el afecto es transferible de persona a persona, es decir, las personas dan afecto y reciben afecto, por lo contrario las

emociones no se dan si se quitan simplemente se experimentan. Lo que es indiscutible es la importancia que tiene el afecto junto con las emociones en el desarrollo de todas las personas.

Trastornos del Estado de Ánimo

El DSM IV-TR (2000), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, señala que los trastornos del estado de ánimo tienen como principal característica, una alteración del humor.

Para Juárez, Sandoval, Urbina et al. (2005), un estado de ánimo alterado, puede tener ciertas variaciones, pudiendo presentarse un estado, normal, elevado o deprimido. Normalmente todas las personas experimentan un sin número de estados de ánimo y de expresiones afectivas durante toda su vida, por lo que la mayoría siente tener cierto control sobre su estado de ánimo, sin embargo, cuando se padece alguna patología relacionada con los trastornos del estado de ánimo, dicha sensación de control se pierde, experimentando un malestar general. Los trastornos dentro de esta categoría se caracterizan por el desequilibrio o alteración en la reacción emocional o del estado de ánimo, que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental.

En el DSM IV-TR (2000), los trastornos del estado de ánimo se encuentran divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias; dentro de los trastornos depresivos, se encuentra:

- Trastorno depresivo mayor, caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, es decir al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o a su vez por una pérdida de interés por actividades cotidianas y que conjuntamente se manifiesten cuatro síntomas de depresión.
- Trastorno distímico, es un trastorno crónico que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido en adultos e irritable en niños y adolescentes, que se conserva la mayor parte del día y la mayoría de los días, a su vez debe al menos haber

pasado dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo, que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, para ser diagnosticado.

- Trastorno depresivo no especificado, es aquel que se engloba a los trastornos con tipologías depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo.

Dentro del segundo grupo de los trastornos bipolares, incluidos en el DSM IV-TR se encuentran:

- El trastorno bipolar I, que se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, frecuentemente acompañados por episodios depresivos mayores.
- Trastorno bipolar II, definido por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.
- Trastorno ciclotímico, cuya característica es que por al menos existan dos años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos, que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- Trastorno bipolar no especificado que se incluye para catalogar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares definidos.

- Trastornos basados en la etiología tales como el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, se caracteriza por una intensa y prolongada alteración del estado de ánimo debido a un efecto fisiológico directo de alguna enfermedad médica.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, tiene como principal característica una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo, considerada efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, u otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.
- Trastorno del estado de ánimo no especificado se utiliza para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que se dificulta escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado.

La depresión como síntoma, síndrome y trastorno

Fernández (2006), realizó una importante diferenciación entre síntoma, síndrome y trastorno depresivo, fundamental para un mejor entendimiento previo a la conceptualización de la depresión.

- Síntomas depresivos: Son sentimientos que llegan a experimentar la mayoría de las personas, es decir son normales tales como humor triste, sentirse desgraciado o infeliz, cuando dichos sentimientos llegan a ser intensos y prolongados desencadenan un síndrome o trastorno depresivo.
- Síndrome depresivo: Asociación simultánea de síntomas depresivos, ya que junto con la aparición de humor disfórico surgen alteraciones en las áreas cognitiva, somática, psicomotora y motivacional, pudiendo ser primario o secundario a otra patología.

- Trastorno depresivo: Para ser considerado como un trastorno tiene que englobar tanto las características clínicas del síndrome depresivo junto con la persistencia del síndrome depresivo durante un tiempo mínimo, además de producir algún grado de incapacidad funcional en la persona que lo padece.

Depresión.

Aspecto Histórico

Kraepelin (1896), brindó importantes aportaciones, en el transcurso del siglo XX; ya que empezó a darle importancia a la depresión, como área de estudio, a su vez designó a la melancolía como síntoma característico de la senectud; dentro de sus investigaciones registró que varios pacientes deprimidos tendían a oscilar hacia la manía y, en consecuencia, agrupó a la manía y a la depresión en un único desorden, reemplazando las psicosis periódicas por psicosis maniaco-depresivas, para describir a un grupo en el que se incluían estados maníacos, estados depresivos, y estados mixtos; este autor fue uno de los primeros que definió el concepto de desorden maniaco-depresivo; desorden que hace referencia a una disfunción en la cual el rasgo central y primario es una variación en el estado de ánimo, caracterizado por una exacerbación en el caso de las manías y como abatimiento en el caso de las depresiones; dentro de las contribuciones más destacadas para la época, está el hecho de que haya empezado a otorgar un carácter hereditario a la depresión, como uno de los componentes etiológico más relevantes.

Schneider (1950), fue otro de los autores importantes para el siglo XX, dentro de las aportaciones más importantes, está el hecho de que haya considerado, que sólo un pequeño grupo de personas, debía ser calificado con diagnóstico maniaco-depresivo, y propone el término de *psicosis ciclotímicas*.

Para Cabrera (1996), es indiscutible el aporte que tuvo el psicoanálisis, en relación con el desarrollo de la investigación, en torno a la depresión; con respecto a los trastornos afectivos, Sigmund Freud realizó importantes contribuciones, en su obra "Aflicción y

melancolía", utilizó el término melancolía para describir al cuadro clínico que en la actualidad se le atribuye a la depresión; otro gran aporte psicoanalítico, fue el de Melania Klein, quien señaló varias posiciones básicas como etapas del desarrollo normal, la misma que hace referencia a la posición depresiva en los niños, que es experimentada en la segunda mitad del primer año, cuyo nivel máximo es alcanzado justo antes, durante y después del destete.

Conceptualización

A continuación se expone las distintas conceptualizaciones que se han venido dando en relación a la depresión en los últimos años.

Según Cabrera (1996), psicopatológicamente, la depresión hace honor a su nombre, derivado de la palabra *depressio*, que en latín significa *hundimiento* y que además se caracteriza por presentar un abatimiento de la vitalidad, tanto psíquica como física.

Juárez, Sandoval, Urbina et al. (2005), señalan que el sentirse decaído o triste ante ciertas circunstancias de la vida, se presenta como un hecho normal, ya que la mayoría de personas han experimentado este tipo de sensaciones alguna vez en su vida; sin embargo, pese a la correlación entre la tristeza y los trastornos depresivos, es importante aclarar que, no todos los pacientes que se sienten tristes, padecen de un trastorno depresivo, debido a que el estado de ánimo deprimido, puede hallarse en distintos trastornos, por lo que, la aparición del mismo, no significa necesariamente que la persona tiene un trastorno del estado de ánimo, ya que el término, *depresión* puede indicar un síntoma o un trastorno. Sobre esa base, la depresión puede ser entendida como una enfermedad que afecta al sujeto de manera global, provocando, sentimientos constantes de inutilidad, pérdida de interés por el mundo que lo rodea y la ausencia de expectativa sobre el futuro, que indiscutiblemente transforma de manera negativamente su funcionalidad normal.

Vallejo (2011), realiza una importante aportación sobre la depresión, que hace más comprensible su conceptualización para la época actual, refiriéndose a la misma, desde

tres ejes, como síntoma, síndrome y enfermedad, indica que como síntoma, la depresión, puede estar acompañada de otros trastornos psíquicos, como el trastorno de angustia; como síndrome, engloba ciertos elementos cuya característica principal es la tristeza, la inhibición, la culpa, la minusvalía y la ausencia del impulso vital y como enfermedad, puede ser entendida como un trastorno con principio biológico en el que es posible definir la etiología, el aspecto clínico, el curso, el pronóstico y el tratamiento específico que necesita el sujeto que lo padece.

La OMS (2012), define a la depresión como un trastorno mental bastante usual, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida total del interés por cosas que antes eran de interés, sentimientos de culpa y de desvalorización, aparición de trastornos relacionados con el sueño y el apetito, sensación de cansancio o dificultad para concentrarse. A su vez la depresión puede llegar a ser crónica o recurrente y problematizar el desempeño sea este laboral o escolar, además de disminuir la capacidad del sujeto que la padezca para afrontar la vida diaria, y en su etapa más grave puede llevar a situaciones más lamentables, como el suicidio.

Para Barrea & Calderón (2013), la depresión puede ser conceptualizada, como una alteración del estado de ánimo, que provoca un elevado nivel de malestar psicológico y que a su vez puede ser intenso, pudiendo propiciar un patrón evidente de funcionamiento anormal de ciertas funciones cognitivas, como la memoria, la atención, el pensamiento, entre otras.

Síntomas Generales

Vallejo (2011), refiere que el eje central del cuadro depresivo, es la tristeza profunda que invade al sujeto, afectando áreas intra e interpersonales, además señala la clínica de la depresión, estaría dividida en síntomas afectivos, pensamiento-cognitivos, conductuales y somáticos.

- Síntomas afectivos: dentro de esta área, se encuentran, la tristeza, la apatía, indiferencia, ansiedad e irritabilidad características de la depresiones tardías y neuróticas, anhedonia total es decir melancolía o parcial como la distimia.
- Síntomas Pensamiento – Cognición: En esta esfera, además de los síntomas cognitivos se ve una alteración del pensamiento, ya que se observa un pensamiento enlentecido, monotemático, negativo, con desesperanza e ideas de suicidio, además de culpa, ruina e hipocondría, al mismo tiempo ocurre la pérdida de la autoestima y dificultad para poner atención, concentrarse o memorizar.
- Síntomas Conductuales: Aquí se observa, descuido personal, hipotonía general, inhibición o agitación, aislamiento, llanto e intentos suicidas.
- Síntomas Somáticos: Aquí se presenta, anorexia, disminución en el peso corporal, insomnio o hipersomnia, trastornos digestivos, estreñimiento, algias, astenia y disfunciones sexuales.

Clasificación y criterios diagnósticos según DSM IV-TR Y CIE-10.

En esta sección en consideración con el tema del presente trabajo investigativo, se citará explícitamente lo que referente al episodio depresivo mayor según los criterios diagnósticos del DSM IV-TR y CIE-10.

Episodio depresivo mayor según DSM IV-TR.

- A. Deben presentarse 5 o más de los siguientes síntomas, en el transcurso de al menos 2 semanas, significando un cambio respecto al funcionamiento previo; al menos 1 de los síntomas debe ser:
- 1) Estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o del placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a una enfermedad médica general o alucinaciones o delirios incongruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, indicado por datos subjetivos (sentirse triste o vacío) o por observaciones realizadas por otros (estar lloroso).
Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Importante disminución del interés o placer de todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días indicado por datos subjetivos o por observaciones realizadas por otros.
3. Variación significativa en el pesos corporal, relacionado con la pérdida de peso sin hacer régimen o aumento del mismo (cambio de >5 % del peso corporal en 1 mes), además de un aumento o disminución del apetito en casi todos los días.

Nota: En niños considere él no logra los aumentos de peso esperados.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
 5. Agitación o ralentización psicomotriz casi todos los días (observable por otros, no simplemente sensación subjetiva de agitación o de enlentecimiento)
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sensación de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada (que pueden ser delirante) casi todos los días (no meramente remordimiento o culpa por estar enfermo)
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea subjetiva u observada por otros)
 9. Pensamientos recurrentes acerca de la muerte (no sólo el miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio maniaco mixto.
- C. Los síntomas producen malestar o alteraciones clínicamente significativas en el ámbito social o laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

- D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos del abuso de drogas, un medicamento o una enfermedad médica general (p.ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no pueden explicarse mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), y deben persistir durante más de 2 meses o se caracterizan por una afección funcional notable, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios Diagnósticos según CIE-10.

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógeno-morfos. Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
 - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
 - Empeoramiento matutino del humor depresivo
 - Presencia de enlentecimiento motor o agitación
 - Pérdida marcada del apetito
 - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
 - Notable disminución del interés sexual.

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10.

Presentación sintomática en niños y adolescentes.

- A. Criterios generales para episodio depresivo
 - El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

Niños y adolescentes

- El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.
- La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.
- La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.
- Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).
- Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.

- Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.

D. Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.

El CIE-10, clasifica a la depresión según la gravedad de la sintomatología, es decir en episodio depresivo leve, moderado y grave, a continuación se desarrolla lo mencionado.

- Episodio depresivo leve.

Para que un episodio depresivo sea considerado como leve deber estar presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

- Episodio depresivo moderado.

En el episodio depresivo moderado se deben presentar al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

- Episodio depresivo grave.

Un episodio depresivo es considerado como grave al presentar los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor

grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Depresión Infantil.

Alcántara (2008), señala que la depresión infantil, empezó a ser reconocida gracias al aporte del psicólogo René Spitz, quien al redor del año 1945, después de que, en su observación a niños recién nacidos, abandonados en hospitales durante la Segunda Guerra Mundial, se empezara a evidenciar afectaciones emocionales y psíquicas asociadas a la ausencia de la madre.

Romeu (2012), señala que la depresión infantil ha ido cursando distintas posiciones dentro de la comunidad psiquiátrica, debido a que en primera instancia su existencia fue drásticamente cuestionada e incluso negada, tal es así, que fue sola hasta 1975 que la depresión infantil fue aceptada como trastorno por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, para después ser reconocida como cuadro clínico presente incluso en edades tempranas, además de ser actualmente considerada una de las causas más usuales de consulta de psicopediatría.

Para Alcántara (2008), la depresión infantil se caracteriza por presenta un gran nivel de tristeza, que a su vez es intensa y prolongada, además de suscitarse decaimiento o hiperactividad; aunque el síntoma principal en el diagnóstico de la depresión es la tristeza, en los niños la expresión del trastorno puede diferenciarse con la del adulto, ya que en el caso del infante, puede no mostrar señales de tristeza, sin embargo si manifestar su malestar con conductas violentas, agresivas e irritables, además de cambios en su comportamiento dentro del área familiar, escolar y social.

Villalobos (2008), señala que la cifra de niños y adolescentes que padecen de depresión, cada vez sigue en aumento, advierte que al menos existe un afectado por cada veinte. Otro trastorno asociado a la depresión en niños es la ansiedad, se estima que aproximadamente hay una prevalencia del 11% a 69% de personas jóvenes que

padecen este trastorno, la importancia de la prevención temprana para este autor, radica en el hecho de que al menos el 50 % de los niños que padecen depresión en su infancia pueden volver a desarrollarla en la vida adulta.

Blanco (2009), señala que la los hijos de padres con predisposición depresiva también pueden sufrir de dicho estado, ya que según los estudios entorno a dicho fenómeno también se llega a producir debido a una condición genética, además refiere que los niños que no tienen un adecuado tratamiento psicoterapéutico llegan a desarrollar conductas agresivas en los varones y nerviosismo en las mujeres.

Epidemiología

Villalobos (2008), en relación a la epidemiología de la depresión, menciona que es una enfermedad frecuente y constante en gran parte de la población infanto-juvenil, ya que afecta a un 0,3% de los preescolares, 2% de los escolares y de un 5-10% a los adolescentes, además indica que en la población que se encuentra en pre adolescencia las cifras de depresión son parecidas sin importar el género, sin embargo en la etapa que comprende netamente la adolescencia las cifras se elevan en las niñas, lo que posiblemente esté relacionado con los cambios hormonales y la influencia ambiental que acontece a este etapa.

Sintomatología general de la depresión en niños.

Para Mendoza (2010), los síntomas de la depresión infantil se diferencia con los padecidos por los adultos por los cambios abruptos en la conducta, por ejemplo, un niño pasa de ser muy tranquilo a inquieto, irritable, agresivo o llorar constantemente, señala también que la depresión infantil se presenta desde los 3 años de edad pudiendo ir de leve a grave.

Ralph (2004), indica que el modo en el que se presenta el cuadro depresivo, varía de acuerdo al grado de desarrollo del niño o niña, por lo que a continuación se detalla los síntomas más comunes en niños y adolescentes.

Niñez:

- Quejas constantes de problemas físicos, no especificados como dolores de cabeza, dolores de estómago, mareos, entre otros.
- Insólito rendimiento escolar, acompañado por incumplimiento de tareas o dificultad para concentrarse.
- Negativas de asistir a la escuela o ansiedad de separación excesiva.
- Explosiones de gritos, quejas, irritabilidad sin explicación, o llantos
- Aislamiento social, es decir hay una pérdida del interés por jugar con amigos.
- Agitación.
- Cambios súbitos en el peso
- Autoestima Baja.
- Sentimientos de que no vale nada.
- Temor excesivo o preocupación de la muerte.
- Regresión (comportamientos infantiles, volver a mojarse o ensuciarse después de haber aprendido a hacer sus necesidades en el baño) • Comportamiento inclinado a una toma mayor de riesgos.

Adolescencia:

En esta etapa a más de los síntomas que se presentan en la niñez se incluyen otros relacionados con la conducta y el abuso de ciertas sustancias.

- Abuso de drogas o alcohol
- Aburrimiento crónico o apatía
- Retraimiento, aislamiento social y poca comunicación
- Demasiada sensibilidad hacia el rechazo o el fracaso
- Rabietas inusuales, oposición o conductas de oposición

- Comportamientos peligrosos, temerarios
- Dificultad para relacionarse con sus pares.
- Conductas dirigidas a lastimarse o hacerse daño.
- Ideas relacionadas con intentos suicidas.
- Trastorno del sueño y del apetito.

Etiología de depresión.

Para Hall (2003), la depresión puede suscitarse debido a varios acontecimientos, que pueden incluir, el deceso de algún familiar cercano, el apareamiento de alguna enfermedad, sucesos de la vida cotidiana que generan fuertes conflictos asociados al alcoholismo, aislamiento social, problemas escolares entre otros.

Son varias las causas atribuidas en torno al origen de la depresión, sin embargo en la presente investigación, se ha tomado en cuenta los factores genéticos, neuroquímicos, psicosociales y psicológicos.

a) Factores Genéticos

Para Mitajans & Arias (2012), en la depresión, tanto los elementos genéticos como los ambientales tienen un papel indiscutible, el trastorno depresivo, del mismo modo que otras enfermedades mentales, manifiestan la influencia de varios genes de efecto menor, sin embargo es importante recordar que para determinar cualquier particularidad que esté ligada a la complejidad del sujeto, es necesario considerar tanto, la influencia genética como la ambiental, señalando al ambiente como un elemento en constante interacción con el genotipo del ser humano. Tal es así, que en la literatura se demuestra que la existencia de circunstancias en el transcurso de la vida que llegan a ser estresantes como la sensación de derrota, pérdida, humillación y frustración o el maltrato infantil, incrementa el riesgo de sufrir un trastorno depresivo en la vida adulta.

Escobar, Guadarramana & Zhang (2006), señalan que dentro de los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21 se encuentran los genes genéticos potenciales para los trastornos del

ánimo. En una investigación en la que se intentaba determinar cuál sería la causa, por la cual, ciertas situaciones estresantes, ocasionan depresión en ciertas personas y en otras no, se encontró que, el gen transportador de serotonina (5-HTT), modulaba la influencia de las situaciones estresantes, que se presentan en la vida cotidiana, por lo que cierta alteración en el mismo, estaría estrechamente relacionado con la depresión, de modo que, la población con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT, evidenciaban mayor sintomatología depresiva, junto con actos suicidas, en torno a eventos estresantes, sucediendo lo contrario en la población que en su carga genética poseían un solo alelo del 5- HTT.

Mitajans & Arias (2012), indican que la observación de familias integradas por miembros con cuadros depresivos, ha sido uno de los principales medios de acercamiento a los elementos hereditarios, que estarían inmersos en relación a la prevalencia del trastorno entre sus miembros, este indicio también ha hecho posible estimar cual sería el riesgo mórbido familiar, tal es así, que los estudios realizados a familiares tanto directos como indirectos, señalan que, la prevalencia de dicho padecimiento es mayor entre los integrantes de familias afectadas que en la población en general, además de que mientras mayor sea el número de genes compartidos con el sujeto que padece un cuadro depresivo más alto es el riesgo para desarrollar el trastorno. Los padres, hermanos e hijos de pacientes deprimidos tienen un riesgo de padecerla del 10 al 15 %.

Torredes (2004), en relación a las diferencias existentes referentes al género, menciona que en una investigación publicada en la revista *American Journal of Medical Genetics*, el Dr. George S. Zubenko, junto con otros investigadores, habrían encontrado discrepancias genéticas entre hombres y mujeres que padecían de depresión, ya que fuera de las regiones del cromosoma 19, relacionado con la depresión mayor, se encontró 16 genes que estarían muy relacionados con la depresión tanto en hombres como en mujeres, pero que sin embargo no estarían presentes en ambos géneros, dichos genes son los genes determinados de género, de ahí que este grupo de genes pueden contribuir al estudio de las diferencias clínicas que se manifestarían dependiendo el

género, y en consecuencia poder brindar mayores y mejores investigaciones que permitan desarrollar nuevas formas de tratamiento en el área farmacológica, psicoterapéutica además de la oportuna intervención.

Mitajans & Arias (2012), además de puntualizar la importancia que ha tenido la observación en familias, señalan que dichos estudios tendrían un inconveniente y este radica en el hecho de que los estudios en torno a familias, no controlan elementos ambientales, sosteniendo la hipótesis de que varios hechos comportamentales y psicopatológicos estarían vinculados con el aprendizaje que se obtiene en el núcleo familiar, por ende serían igual de heredables, del tal modo se hace absolutamente necesario las investigaciones con sujetos adoptados, gemelos entre otros, que permitan profundizar la implicación genética además de poder controlar los factores ambientales y establecer las diferencias pertinentes.

b) Factores Biológicos.

Para Becoña, Muñoz & Vázquez (2000), la depresión se debería a cambios producidos en uno o más de los sistemas neuroquímicos que integran el cerebro, tomando en cuenta la influencia de algunos neurotransmisores del sistema nervioso central, en las emociones, es decir en las catecolaminas, noradrenalina, dopamina, adrenalina y las indolaminas serotonina y acetilcolina. Desde el aspecto biológico, la depresión puede ser comprendida como un deficiente funcionamiento en la regulación de uno más de los siguientes sistemas neuroconductuales:

- Facilitación conductual.
- Inhibición conductual.
- Grado de respuesta al estrés
- Ritmos biológicos
- Procesamiento ejecutivo cortical de la información.

El deficiente funcionamiento de estos sistemas puede ser explicado desde el punto de vista genético o ambiental, es decir pueden ser heredados o adquiridos, a su vez es

posible que la presencia de anomalías en alguno de estos elementos, se deba a ciertos sucesos estresantes que son experimentados por el individuo o a una propensión biológica.

c) Factores Neuroquímicos.

Escobar, Guadarrama & Zhang (2006), manifiestan que existe evidencia de que la presencia de ciertos neurotransmisores como la serotonina, norepinefrina y dopamina que operan en niveles anormales en el sistema nervioso central, estarían directamente relacionados con la fisiopatología de la depresión.

Sequeira & Fornaguera (2009), explican que las monoaminas noradrenalina (NA), adrenalina (A) y dopamina (DA) se conocen también como catecolaminas. Estos neurotransmisores son sintetizados a partir de tirosina en tanto que la otra amina importante, la serotonina (5-HT), que es una indolamina, sintetizada a partir del triptófano. Estas catecolaminas se concentran en vesículas en la región terminal de las neuronas y son liberadas durante el proceso de transmisión nerviosa, permitiendo la transmisión del impulso nervioso de una neurona a otra. La acción de las monoaminas finaliza con su recaptura llevada a cabo por la neurona pre sináptica y las células gliales o por la acción de enzimas extra e intracelulares que las degradan, cuando uno de estos procesos llega a ser alterado ocasiona desajustes emocionales.

A continuación se detalla cada uno de los neurotransmisores que estarían involucrados con el apareamiento de la depresión.

○ Serotonina.

Muñoz (2014), indica que la serotonina se origina en el cuerpo a partir del triptófano; un aminoácido que se encuentra en ciertas proteínas como la carne el pescado el pollo entre otras, en el organismo se transforma en 5-THP que a su vez es convertida en serotonina, neurotransmisor encargado de controlar el estado de ánimo, el sueño, el impulso sexual, el apetito, el umbral del dolor y otras funciones, la producción en

cantidades deficientes llega a ser el principal causante del origen de la depresión, cuyos síntomas son la tristeza, irritabilidad o estallidos agresivos, ansiedad, problemas de sueño y obsesiones. Un 50% más de serotonina es producido por los hombres en comparación con la producida por las mujeres, por lo tanto, estas son más sensibles a los cambios ocasionados por los niveles de serotonina.

- Dopamina

La dopamina es una sustancia química es decir un neurotransmisor cerebral, que produce sentimientos de felicidad, placer, euforia, motivación, atención y concentración. La disminución de la actividad dopaminérgica se encuentra relacionada con la anhedonia, disminución en la motivación y la pérdida de interés síntomas característicos de la depresión. Cuando un nervio libera dopamina, atraviesa un espacio muy pequeño llamado sinapsis para después unirse a otro receptor dopaminérgico ubicado en el siguiente nervio, en consecuencia cuando los niveles de dopamina disminuyen en el cerebro, los impulsos nerviosos no son transmitidos correctamente, afectando a varias funciones cerebrales como el comportamiento, el estado de ánimo, la cognición, la atención, el aprendizaje, el movimiento y el sueño.

- Norepinefrina

La noradrenalina o norepinefrina es una sustancia química producida por el sistema nervioso simpático, siendo un neurotransmisor su función principal es el de transmitir los impulsos nerviosos a los diferentes componentes del cuerpo, además se encuentra relacionada con ciertos procesos psicológicos, entre ellos la estabilización del estado de ánimo, la regulación del sueño, estado de alerta y activación, y en la respuesta a estresores que pueden iniciar o exacerbar la sintomatología depresiva.

Factores Psicosociales.

Vallejo (2011), dentro de los factores psicosociales involucrados en la depresión que preexiste en los niños, destaca a las pérdidas parentales, el escaso soporte social, es decir la usencia de alguna necesidad básica, como vivienda, alimentación, vestuario, un precario estatus económico, además de abuso sexual, físico, o psicológico, acompañado de una pobre percepción sobre el roll o el lugar que él, ocupa en la familia, conflictos escolares tanto en el aspecto social o educacional, relacionado con el aislamiento o el no contar con los recursos necesarios para socializar o involucrarse con sus pares, o por el contrario la excesiva sobreprotección de parte de los progenitores.

Juárez, Sandoval, Urbina et al. (2005), para estos autores entre uno de los factores psicosociales que se incluyen en la etiología de la depresión, se encuentra la tensión existente en el medio exterior en el que se envuelve el sujeto, es decir, refieren que los hechos estresantes como la perdida de algún familiar, o conflictos relacionados con el área escolar o familiar, anteceden a menudo al surgimiento de los primeros episodios depresivos; la explicación más próxima de que el estrés influye en la depresión, son las variaciones que se observan en la biología cerebral, dichas variaciones ocasionan alteraciones en el funcionamiento normal de algunos neurotransmisores y sistemas de señales intra neuronales, lo que origina la perdida neuronal y una disminución excesiva de conexiones nerviosas, lo que a su vez implica que la persona esté más propensa de sufrir otros episodios depresivos

La Federación Mundial de Salud Mental (2010), proponen que la depresión se ve influenciada por la estructura social en la que se encuentra inmerso el sujeto que la padece, además de que se encuentran estrechamente relacionados con esta afectación factores como la cultura, la raza y el soporte social; dependiendo la culturas, existen personas más vulnerables que otras a sufrir síntomas particulares relacionados con la depresión, en una investigación efectuada en Brasil y en otras culturas latinoamericanas, se observó que los pacientes en atención primaria, mantienen

diferencias en relación a los síntomas físicos, asociados con la depresión, como dolores estomacales, dolores de cabeza, molestias estomacales, entre otros, debido a sus diferencias culturales.

d) Factores Psicológicos.

Alcántara (2008), dentro de los factores que originarían la depresión, menciona a varias corrientes psicológicas que hace más factible explicar su etiología tomando en cuenta dichos modelos teóricos.

- **Modelo Psicoanalítico:**

Señala que la depresión es la consecuencia de una pérdida que ha sido vivida como traumática y culpabilizante, esta pérdida puede estar relacionada con la autoestima es decir del “YO” según Freud o del objeto bueno según Spiz y que a su vez, demanda la elaboración de un "duelo" consciente y que de no darse, este ocasiona depresión o melancolía.

- **Modelo Conductual:**

Para esta corriente psicológica la depresión se origina a partir de una disminución o ausencia de refuerzos positivos, además de una dificultad en las habilidades sociales, acompañado de acontecimientos negativos suscitados en la vida del infante.

- **Modelo Cognitivo:**

Dentro de las explicaciones cognitivas está el hecho de que ciertos acontecimientos experimentados por el individuo, originan determinadas representaciones cognitivas, que ocasionan una visión negativa de sí mismo y del entorno que lo rodea, además de desarrollar una indefensión aprendida, junto con una ausencia de control o atribuciones totalmente distorsionadas por el pesimismo o la desesperanza.

Neuroanatomía de la Depresión.

Escobar, Guadarramana & Zhang (2006), proponen un modelo neuroanatómico para la depresión, que está constituido por la corteza pre-frontal, el sistema límbico que incluye la amígdala junto con el hipocampo, el tálamo, los ganglios basales y las numerosas conexiones entre dichas estructuras. Tomando en cuenta que los dos principales circuitos neuroanatómicos involucrados en la regulación del estado de ánimo, serían uno: el circuito límbico-talámico-cortical, que a su vez se encuentra constituido por la amígdala, los núcleos dorsomediales del tálamo y la corteza prefrontal, y dos, el circuito límbico-estriado-pálido-talámico-cortical, se puede señalar que cualquier anomalía, en dichas estructuras, llega a dar como consecuencia el origen de un trastorno del estado de ánimo o a su vez propiciar cierta tendencia biológica, que junto con la influencia de factores ambientales

Alteraciones estructurales y funcionales de las áreas cerebrales implicadas en la depresión.

Díaz & González (2012), señalan que a través de imagenología a pacientes que padecen trastorno depresivo mayor, se encontró ciertas alteraciones estructurales en áreas cerebrales implicadas en la regulación emocional, a continuación se detalla lo observado.

- Hipocampo

Se observó que en personas que habían sufrido de un primer episodio depresivo existían una disminución de la sustancia blanca del hipocampo y cierta asimetría hemisférica, y que a su vez que los hombres tendían a tener menor volumen y sustancia gris en el hipocampo en comparación con las mujeres.

- Amígdala.

La literatura menciona que la depresión está relacionado con la disminución en el volumen de la amígdala, además de que las personas que sufren de trastornos depresivos al ingerir antidepresivos tienden a mostrar un aumento en la amígdala, en comparación con pacientes sin medicación que padecen el mismo trastorno.

- Corteza Cerebral

En los estudios realizados con resonancia magnética sobre el volumen de la corteza orbitofrontal y otras subregiones prefrontales en pacientes con depresión, se encontró que existía un volumen 32% menor de la corteza orbitofrontal (giro recto), en comparación con el de las personas que no padecían del trastorno, sin hallar diferencias significativas con respecto a las dimensiones de otras subregiones prefrontales. También se ha observado que en pacientes con depresión existe una disminución de la densidad glial y del tamaño neuronal; la glía actúa sobre el metabolismo de las neuronas además de contribuir a la función sináptica y a la neurotransmisión; es posible que las alteraciones producidas en el funcionamiento glial ocasionen un inadecuado funcionamiento neuronal y predispongan el surgimiento del trastorno depresivo mayor.

Comorbilidad de la depresión.

Fernández (2006), señala que entre el 40 y el 90% de las personas que sufren de depresión presentan otro trastorno psiquiátrico y que al menos del 20 al 50% tienen dos o más diagnósticos comórbidos. Habitualmente, se presenta tras el inicio de otro trastorno psiquiátrico. Los trastornos más frecuentes asociados son:

- Trastorno distímico (o doble depresión)
- Trastorno de ansiedad.
- Trastornos de conducta.
- Uso y abuso de sustancias.

En niños, los trastornos comórbiles más frecuentes son: la ansiedad de separación y los trastornos de ansiedad; en adolescentes, el abuso de tóxicos, los trastornos de conducta, la fobia social y los trastornos de ansiedad.

2.4.3 Variable dependiente

Neuropsicología Infantil.

Aspectos históricos.

Abad, Brusasca & Labiano (2009), refieren que la neuropsicología como tal, se desarrolló como ciencias independiente a partir de la Segunda Guerra Mundial, como una neurociencia conductual, cuyo objetivo principal estuvo encaminado al análisis de las funciones mentales superiores y las patologías correspondientes, en especial, afasias, apraxias, agnosias y amnesias. De principio dicha ciencia evoluciono debido a los hallazgos realizados tras las lesiones cerebrales, sin embargo a partir de los años sesenta, gracias al aporte de la ciencia cognitiva y al posterior avance de las técnicas de neuroimagen funcional, profundizo la comprensión de las relaciones cerebro-conducta tanto de personas con daño cerebral como en personas sanas.

Ardilla, Matute & Rosselli (2010), señalan que durante el siglo XIX y principios del XX, la neuropsicología pudo desarrollarse dentro de la comunidad científica, a pesar de que en principio se centró exclusivamente en el cerebro adulto, seguidamente inicio sus estudios en torno al infante, centrándose en problemas de origen congénito, lesiones cerebrales, entre otros.

Para Portellano (2005), a partir de los años sesenta del pasado siglo, la neuropsicología infantil o neuropsicología del desarrollo se originó a partir de las aportaciones realizadas por varias especialidades como la neuropediatría, psicología del desarrollo, terapia física y ocupacional, psicología clínica infantil, psicología pediátrica y psicología escolar.

Ávila y Martínez (2010), indican que la neuropsicología del desarrollo se consolidó como ciencia durante el transcurso de las últimas décadas, debido a los aportes teóricos y aplicados producto de la evaluación, prevención, detección e intervención temprana de los trastornos neuropsicológicos y del desarrollo en la infancia. Los aportes de la neuropsicología infantil en torno a la Salud Mental han sido determinantes para comprender de forma integral trastornos complejos, como el autismo, el síndrome de asperger o el síndrome de rett; además de que ciertos instrumentos psicométricos han permitido diagnosticar alteraciones psicomotoras, del lenguaje, de las funciones ejecutivas, discapacidad cognitiva, entre otros.

Conceptualización

Portellano (2005), explica que la neuropsicología infantil es aquella que estudia la interrelación existente entre la conducta y el cerebro en desarrollo, con el objetivo de usar los conocimientos científicos de dichas relaciones en la intervención de las consecuencias derivadas de lesiones cerebrales, que pueden darse a lo largo de la infancia.

Abad, Brusasca & Labiano (2009), señalan que la neuropsicología del desarrollo, tiene como finalidad estudiar la relación conducta-cerebro tanto en infantes como adolescentes, cuya finalidad es comprender al sistema nervioso durante las primeras etapas de la vida.

Para Ávila & Martínez (2010), la neuropsicología infantil se ocupa de la relación entre el proceso madurativo del sistema nervioso central y la conducta del infante, además de la plasticidad cerebral, desarrollo y los trastornos desencadenados en dicha población. El ocuparse de forma temprana de dichas alteraciones dentro de las primeras etapas de la vida hace posible el oportuno diseño y adaptación de modelos estratégicos en cuanto a evaluación e intervención, acordes con la población infantil.

Abad, Brusasca & Labiano (2009), también apuntan a que la neuropsicología infantil se diferencia de la neuropsicología general en dos aspectos; el primero se debe a que se centra en el estudio del cerebro en desarrollo tanto de niños como de adolescentes y sus repercusiones sobre el comportamiento, existiendo o no una disfunción o lesión cerebral, el segundo aspecto tiene que ver con la perspectiva neurobiológica, que está encaminada al estudio de la conducta del niño a partir del cerebro, siendo dicha perspectiva fundamental debido a que las alteraciones cerebrales producidas durante el proceso evolutivo y la maduración en el transcurso de la infancia llegan a ser las más importantes a lo largo de toda la vida de un individuo, mientras que en el adulto se encuentra una estructura y conexiones más consolidadas.

Maduración Neuropsicológica.

Para Ávila y Martínez (2010), otro de los temas de interés para la neuropsicología del desarrollo corresponde a la madurez neuropsicológica, siendo aquella que se ocupa del desarrollo madurativo de las funciones cognitivas y comportamentales conformes a la edad cronológica del individuo, concentrándose especialmente en los cambios que se suscitan a lo largo de su vida, principalmente aquellos que se dan en la infancia.

Portellano (2005), refiriéndose al mismo tema explica que la neuropsicología infantil, durante este periodo se centra en el desarrollo normal o anormal del cerebro y las consecuencias que se suscitan en el comportamiento en el caso de que exista una lesión cerebral, además de tomar en cuenta factores evolutivos y ayudar con el pronóstico después de una lesión cerebral, afirmando que cualquier lesión suscitada en la infancia presenta un mayor avance que los dados en la vida adulta y esto como consecuencia de la plasticidad cerebral.

Maduración Cerebral

Ardilla, Matute & Rosselli (2010), consideran que la maduración cerebral del sujeto depende básicamente de dos factores, de la organización y diferenciación celular, los mismos que estarían determinados por el crecimiento axonal y detritico, la

sinaptogénesis, la muerte tanto axonal como celular y la mielinización. De modo que en el transcurso de la etapa fetal se originan aquellos procesos madurativos que pasan a dar forma al sistema nervioso, tal es así, que durante el inicio de dicha etapa se produce un desarrollo decisivo en cuanto a la extensión radial de las vesículas cerebrales, especialmente de la pared de la vesícula telecefálica estructura de la cual se origina la corteza cerebral. Una de las primeras estructuras en expandirse es la corteza, dicha expansión se realiza de principio a nivel del rostro, con el fin de dar origen a los lóbulos frontales, seguidamente a nivel dorsal formando a los lóbulos parietales, posterior e inferiormente para los lóbulos occipitales y temporales. Cabe mencionar que los primeros surcos de la corteza cerebral surgen hacia los 150 días de gestación, mientras que los surcos secundarios junto con la primera mielinización suceden a los 180 días.

Desarrollo Neuropsicológico.

Luria (1979), explica que el cerebro actúa como un sistema funcional, en el cual cada una de las estructuras que lo conforman realiza una función específica, además de encontrarse interrelacionado entre estructuras cerebrales, ocasionando un determinado comportamiento. Este autor sostiene que para cualquier tipo de actividad mental se requiere de tres unidades principales y funcionales en el cerebro.

- Unidad I: Regula el tono, vigilia y estados mentales.
- Unidad II: Recibe, analiza y almacena la información.
- Unidad III: Programa, regula y verifica la actividad mental.

Durante la etapa adulta, sin excepción estas tres unidades se encuentran involucradas en todo comportamiento, siendo totalmente funcionales actuando de manera contraria tras el apareamiento de cualquier tipo de alteración o lesión. En el niño sin embargo el desarrollo de dichas unidades se da por medio de cinco etapas, con una secuencia predeterminada.

- Nivel 1: Unidad I. Regula el tono, vigilia y estados mentales.

Parte más primitiva del cerebro, ubicado en el sistema de activación reticular y estructuras relacionadas. Desempeña funciones importantes en aspectos como despertar, mantenerse despierto, centrar la atención, realizar asociaciones perceptuales y dirigir la introspección. Por lo general esta unidad llega a ser operativa tras el nacimiento y completamente funcional a los 12 meses después de la concepción, sin embargo existen evidentes diferencias entre un niño prematuro y otro nacido a término.

- Nivel 2: Áreas Primarias de las Unidades II y III

Dentro de estas unidades se encuentran inmersas las zonas sensoriales primarias auditivas, visuales-somestésicas y el área motora primaria. Esta área se encarga de las actividades sensoriomotoras, responsables de procesos como la inteligencia y el pensamiento. Llega a desarrollarse de forma simultánea al nivel 1. Ambas unidades son completamente operativas aproximadamente a los 12 meses después de la concepción, además de que en el transcurso de las primeras etapas de la vida, la respuesta cortical a la estimulación ambiental está, dominada por estas áreas primarias. A su vez sobre dichas áreas se originan los comportamientos motores básicos siendo comportamientos genéticamente incorporados. Los comportamientos más primitivos dejan de ser funcionales a medida de que las áreas secundarias empiezan a funcionar.

- Nivel 3: Áreas Secundarias de las Unidades II y III

Las áreas secundarias de las unidades dos y tres se prolonga hacia los 5 años de edad aproximadamente, llegando a ser dominante a los 2 años; además de desarrollarse conjuntamente con los dos primeros niveles. En el transcurso de los primeros cinco años de vida las áreas secundarias representan los sitios primarios de aprendizaje en la corteza humana. El aprendizaje del niño durante este periodo, depende en gran parte de la memoria, marcando la transición de un período sensoriomotor a una actividad perceptivomotora característica del período preoperacional.

- Nivel 4: Áreas Terciarias de la Unidad II

Las áreas terciarias de la unidad dos se encuentran localizada localización en el lóbulo parietal, dicha área en conjunto con los lóbulos prefrontales del nivel 5, constituyen las estructuras más evolucionadas del cerebro humano. El área terciaria parietal se hace psicológicamente activa desde los 5 años hasta los 8 años de edad aproximadamente, siendo la responsable de la ejecución eficiente de la mayoría de las habilidades educativas, como la lectura, escritura, aritmética, denominación, categorización, dimensionalidad, entre otras. El infante en este nivel, llega a desarrollar un verdadero aprendizaje integrativo ya que es capaz de integrar esquemas simbólicos, necesarios en la elaboración de la actividad mental compleja.

- Nivel 5: Áreas Terciarias de la Unidad III

Dentro de este último nivel se encuentra involucrado el desarrollo de las áreas prefrontales; en torno a este tema existen ciertos desacuerdos en cuanto a edad exacta en la que llega a desarrollarse por un lado Luria sostiene que se origina a partir de los 4 y 7 años, continuando hasta la edad adulta, sin embargo las evidencias señalan que el mayor período de desarrollo se sitúa hacia los 6 y 8 años, siendo evidente el dominio de la mayoría de las tareas a los 12 años de edad. En este nivel, se consolidan ciertas habilidades como inhibición de impulsos, inhibición de respuestas hacia distracciones externas, inhibición de impulsos emocionales así como organización y planeación del futuro, cabe señalar que sin las áreas aquí mencionadas se desarrollan trastornos del comportamiento de tipo severo. Los daños ocasionado en las regiones prefrontales se relacionan directamente con el déficit en la atención, abstracción, flexibilidad comportamental, planeación de un comportamiento, auto evaluación de una ejecución y habilidades viso constructivas; no obstante las alteraciones ocasionadas a edades tempranas en dichas áreas no serán evidentes sino hasta que el niño se halle ante ciertas exigencias tanto sociales, comportamentales y cognitivas propias de la adolescencia.

Funciones inmersas en la maduración.

Existen un sin número de funciones indispensables dentro de lo que a maduración y desarrollo neuropsicológico se refiere, sin embargo tomando en cuenta el objetivo de la presente investigación, se ha creído prudente tomar en cuenta las siguientes:

a) Función Atencional y sistema supervisor frontal.

Eusebio & Paterno (2008), dentro de la función atencional y sistema supervisor frontal creen prudente incluir a la atención selectiva, focalizada, dividida, sostenida y alternante, a continuación se detalla cada una de ellas.

- Atención selectiva: es la capacidad que inicia y controla los procesos y mecanismos por los cuales el individuo es capaz de procesar únicamente una parte de toda la información, otorgando una respuesta exclusivamente a aquella demanda del ambiente que llega a ser realmente útil o importante para que si mismo, es decir implica la selección tanto de los estímulos como la selección del proceso de la respuesta.
- Atención focalizada: es la capacidad para dar respuesta de forma diferencial a estímulos visuales, auditivos o táctiles específicos.
- Atención dividida: hace referencia a la actividad por medio de la cual el organismo utiliza ciertos mecanismos para dar respuesta a múltiples demandas presentes en el medio ambiente o a las diferentes demandas de una misma tarea.
- Atención sostenida: en esta área el individuo es capaz de mantener el foco atencional, permaneciendo en un estado de alerta frente a determinados estímulos durante largos periodos de tiempo, es decir se produce una persistencia de la atención.
- Atención alternante: se refiere a la flexibilidad mental que hace posible cambiar el foco de atención y desplazarlo entre tareas que requieren distintas exigencias cognitivas, pero ejerciendo un control para la información, es decir que la atención se produce de manera selectiva.

b) Memoria.

Portellano (2005), señala que para poder codificar y almacenar información de forma eficaz es necesario que en primera instancia permanezca durante un período de tiempo prolongado, ya que si la información que se pretende memorizar sólo se presenta durante escasos segundos, se produce un proceso de codificación sensorial inicial desarrollada por el lóbulo parietal, sin embargo si los estímulos que se requiere codificar duran un tiempo mayor, las áreas hipocámpicas son las encargadas de procesar dicha información. La adquisición del material verbal se origina por medio de la zona parieto-temporal izquierda, mientras que su homóloga derecha participa en la adquisición del material no verbal. El lóbulo parietal no tiene competencias mnémicas de tanta importancia como el lóbulo temporal, no obstante interviene en los procesos de memoria sensorial a corto plazo.

Para Eusebio & Paterno (2008), es importante incluir a la memoria visual, auditiva y de trabajo.

- Memoria visual: supone retener y recordar el mayor número posible de elementos visuales después de haberlos observado, es decir tiene que ver con la cantidad de información recibida por vía visual, que el sujeto es capaz de aprehender simultáneamente, en síntesis viene a ser la amplitud de memoria visual.
- Memoria auditiva: es la capacidad de retener y recordar gran parte de la información auditiva después de haberla escuchado; se encuentra relacionada con la cantidad de información recibida por la vía auditiva que el sujeto es capaz de aprehender simultáneamente es decir es la amplitud auditiva.
- Memoria de trabajo: también llamada memoria operativa, es aquella en la que se forman asociaciones entre metas, estímulos ambientales y conocimientos almacenados, dichos espacios constituyen las áreas en las que se mantiene la información mientras está siendo procesada.

c) Función Lingüística.

Portellano (2005), refiere que la función lingüística resulta de gran importancia para el ser humano, cuya pérdida supone alteraciones más evidentes que la supresión de otras funciones mentales superiores, de igual importancia como la atención, la percepción o las funciones ejecutivas.

Para Perasso (2011), el lenguaje contribuye en varios aspectos relacionado con el desarrollo psíquico del individuo, tal es así que se encuentra directamente relacionado con el desarrollo cognoscitivo-intelectual, afectivo-motivacional y la socialización. En los niños el desarrollo del lenguaje, centra su atención en actividades de tipo visual, auditivas, exploratorias, creativas y manipuladoras, contribuyendo de ese modo a la elaboración de conceptos y la clasificación de los objetos, dichos conceptos son usados para la vida diaria, además de favorecer en la comprensión simbólica, reconocer el significado de los objetos, personas, acciones, imitación de roles, comprensión de símbolos e interpretación y comprensión verbal, junto con el mejoramiento del lenguaje expresivo.

Eusebio & Paterno (2008), incluyen dentro de las funciones lingüísticas a la fonología, la morfosintaxis, el vocabulario, la comprensión, la abstracción y la pragmática.

- Fonología: se encarga del estudio del material sonoro, es decir intenta recabar de forma profunda la mayor cantidad de información posible sobre la materia sonora bruta y sus propiedades fisiológicas y físicas atendiendo a tres puntos de vista, el primero es la producción fonética articuladora, después la transmisión fonética acústica y por último la percepción fonética auditiva.
- Morfosintaxis: es un componente lingüístico que se encarga del estudio de las normas que intervienen en la formación de las palabras y de las posibles combinaciones de las mismas en el interior de las diferentes estructuras oracionales en las que se desarrolla una lengua. Ocupándose de describir reglas

de ordenamiento y funcionamiento tanto de unidades morfológicas como de las sintácticas.

- Vocabulario: este aspecto constituye el léxico, es decir el conjunto de palabras que integran la lengua utilizada por el individuo.
- Comprensión: está relacionado con el estudio del significado de los signos lingüísticos y de sus posibles combinaciones en los distintos niveles de organización del sistema lingüístico, es decir, en las palabras, en las frases, en los enunciados y en el discurso.
- Abstracción: es la capacidad para elaborar esquemas, relaciones clasificatorias esenciales, además de captar semejanzas y diferencias en el lenguaje oral.
- Pragmática: tiene que ver con el uso del lenguaje y su funcionamiento en contextos sociales, situacionales y comunicativos, analizando las reglas que implican o regulan el uso intencional del lenguaje, teniendo en cuenta que se trata de un sistema social compartido que dispone de normas para su correcta utilización en contextos concretos.

d) Cognición.

Alonso (2011), señala que uno de los teóricos más importantes en relación con el desarrollo cognitivo fue Piaget, quien por medio de sus sustentos teóricos brindó una estructura general, postulados que además sirvieron de guía en la interpretación de las investigaciones neuropsicológicas posteriores. Jean Piaget destacó la importancia del desarrollo motor, cognitivo y la evolución individual en los individuos como uno de los aspectos que integran la superestructura de la mente humana; afirmando que el aprendizaje y la adquisición de conocimientos se realizan por etapas o estadios de desarrollo evolutivo, clasificándola en cuatro estadios.

- Estadio sensoriomotor de 0 a 2 años: Este estadio se origina a partir del nacimiento hasta los 2 años de edad, desarrollándose la adquisición del control motor y el conocimiento de los objetos físicos que rodean al infante.

- Estadio preoperatorio de 2 a 7 años: en esta etapa los niños adquiere habilidades verbales e inician la elaboración de símbolos de los objetos que le es posible nombrar, sin embargo sus razonamientos ignoran el rigor que acontecen a las operaciones lógicas
- Estadio de operaciones concretas de 7 a 11 años: los niños en este estadio son capaces de manejar conceptos abstractos como los números y de establecer relaciones, además esta etapa se caracteriza por un pensamiento lógico, es decir el niño actuará con eficacia siguiendo ciertas operaciones lógicas, utilizando símbolos relacionados con objetos concretos, sin recurrir aun a elementos abstractos, con los que aún presentará cierta dificultad.
- Estadio de operaciones formales desde la adolescencia hasta la adultez: este estadio se desarrolla como un periodo operacional formal, en el que se opera lógica y sistemáticamente con símbolos tanto concretos como abstractos, sin una correlación directa con los objetos del mundo físico.

e) Funciones gnósticas y práxica.

Eusebio & Paterno (2008), dentro de estas funciones incluyeron a la percepción visual, grafo percepción, praxis constructivas, planificación visual, percepción auditiva, percepción táctil y a la somatognosia.

- Percepción visual: identificación, organización o interpretación de los datos sensoriales recibidos a través de la visión.
- Grafo percepción: capacidad de alto nivel de integración visual y la coordinación grafica esto se refiere la percepción viso-motriz.
- Praxias constructivas: acciones o sistemas de movimientos coordinados en la función de un resultado o de una intención es decir de un movimiento; las praxias constructivistas se refieren a cualquier tipo de actividad del sujeto en la cual las partes se unen o articulan para formar una sola entidad u objeto.

- Planificación visual: es la capacidad para prever, anticipar y planear una respuesta organizada a través de información percibida en un contexto figurativo.
- Percepción auditiva: tiene que ver con la identificación, organización e interpretación de los datos sensoriales recibidos a través de oído.
- Percepción táctil y háptica: es el reconocimiento de los distintos tipos de sensaciones táctiles, el tacto pasivo y la percepción háptica de formas realzadas y objetos tridimensionales. Permite comprender como el sujeto capta, codifica y manipula información del medio exterior por medio de esta modalidad sensorial.
- Somatognosia: incluye la percepción de la posición relativa de las partes del cuerpo en el espacio, es decir el esquema corporal, el reconocimiento de las partes del cuerpo, en síntesis el concepto e imagen corporal.

Maduración Visomotriz

Con lo que a maduración visomotriz se refiere los procesos involucrados en dicha maduración están relacionado con la percepción visual, la integración y coordinación visomotriz; además está asociada a la capacidad del lenguaje y a las diversas funciones de la inteligencia (percepción visual, habilidad motora manual, memoria, conceptos temporales, espaciales y la capacidad de organización o representación.)

De modo que, para que la maduración visomotriz sea entendida de manera apropiada se iniciara mencionando que más del 80 % de las percepciones en el ser humanos son visuales, lo que indica que la mayoría de información que nos es trasmitida desde el exterior es procesada por el canal visual, lo que a su vez indica que la percepción visual es el medio primordial para establecer contacto con el medio ambiente. En consideración con lo expuesto, se asegura que la percepción visual del individuo depende del grado de maduración del sistema nervioso central y de la estimulación medioambiental favoreciendo al desarrollo de otras funciones perceptivas, las cuales

se encuentra íntimamente relacionadas con la evolución de habilidades cognoscitivas superiores, tales como el lenguaje, el razonamiento, la memoria, el aprendizaje y la coordinación visomotora áreas que en conjunto predicen el rendimiento académico exitoso o deficiente en los primeros años de la vida escolar del infante. Cabe mencionar que mientras la percepción es concebida como un paso intermedio del proceso de la información entre la sensación y la cognición, la percepción visual es definida como la capacidad para reconocer, discriminar estímulos visuales e interpretar dichos estímulos en función de las experiencias previas (Heredía, Santaella & Somarriba (2012).

Koppitz (1981), en cuanto a integración visomotriz refiere que es un proceso aún más complejo que el de la percepción visual o la coordinación motriz por separado, ya que según lo señalado por Bender se encuentra determinado, por principios biológicos que varían en función del nivel de desarrollo-madurativo y el estado patológico sea este orgánico o funcional, originado en cada individuo; de modo que la percepción visual vendría a ser la interpretación de lo que se ve, dependiendo tanto de la maduración como de las experiencias del sujeto. Ya que no es posible señalar que un niño es capaz de percibir correctamente la figura “A”, hasta que pueda determinar, consciente o inconscientemente, que se trata de un círculo y un cuadrado inclinado y no de un rombo, además de que ambos elementos son aproximadamente del mismo tamaño, ubicados en forma horizontal y que además se encuentran unidos; lo que en consecuencia indica que el hecho de que el niño pueda percibir la figura no significa precisamente que pueda ser capaz de copiarlo, ya que debe traducir lo que percibe en una actividad motriz, es decir traspasarlo al papel.

Para Perasso (2011), la coordinación visomotriz, envuelve aspectos relacionados con la coordinación dinámica tanto corporal como manual, en los que intervienen cuatro elementos: el cuerpo, el sentido de la visión, el oído y el movimiento del cuerpo o del objeto. El autor indica además que todo acto motor es producido gracias a la coordinación visomotriz, ya que es aquel que genera una respuesta determinada ante un estímulo visual que llegue a provocar alguna reacción, llegando a ser ejecutada de manera total o parcial por el cuerpo. A su vez el movimiento es espontáneo, liviano y

elástico, si no hay nada que lo impida, lo que indica también que se da una coordinación siempre y cuando los movimientos sean armónicos, con precisión y rapidez.

- **Conducta motora y maduración cerebral.**

Según Méndez & Pierre (1979), las estructuras nerviosas presentan en el inicio de la vida del niño propiedades fundamentales que aseguran, a través del contacto con el mundo tanto físico, social y los estímulos que éste proporcione toda una serie de adquisiciones evolutivas esenciales para el desarrollo interior del individuo. En este proceso se encuentra íntimamente involucrada la mielinización del sistema nervioso del cual depende el funcionamiento de los centros motores y de las áreas psíquicas del cerebro. Siendo la mielinización el proceso mediante el cual la mielina recubre los axones y las dendritas de las células nerviosas. Gracias a la mielinización la transmisión de los impulsos nervioso será cada vez más fina y diferenciada facilitándole así una coordinación progresivamente más delicada y equilibrada del organismo entre los requerimientos de su propio desarrollo.

Ardilla, Matute & Rosselli (2010), indican que antes del nacimiento los movimientos corporales del feto se realizan en forma masiva, tras su nacimiento el niño puede flexionar las articulaciones de los brazos y este es el inicio del desarrollo de su conducta motora. A los 3 meses de vida el niño dirige la mano hacia los objetos, mientras que a los 8 años meses desarrolla presión manual, siendo capaz de tomar objetos. A medida que se desarrolla las habilidades visomotoras el niño inicia la exploración de objetos colados en su manos y transfiriéndolos de mano en mano, dicho acontecimiento empieza a los a los 6 meses; la trasferencia de objetos es el comienzo de los movimientos coordinados bimanuales que a los 18 meses van a demostrar una apropiada organización espacial y presión motora. Las habilidades motoras más complejas como sentarse, erguirse, caminar, entre otras, se desarrollaran progresivamente y de forma paralela a mielinización cerebral, a su vez la producción del lenguaje obedecerá en gran parte a la complejidad que las estructuras corticales motoras vayan desarrollando.

Según Méndez & Pierre (1979), las adquisiciones motoras e intelectuales realizadas por el niño durante este periodo de desarrollo esencialmente nervioso y comúnmente identificado como etapa psicomotora depende por consiguiente tanto de factores de órgano-génesis (maduración de las estructuras nerviosas) como de las influencias del medio ambiente particularmente familiar. Mientras la estimulación física y afectiva favorece al desarrollo la falta o insuficiencia de estimulación ocasiona retrasos que son expresadas a través de limitaciones importantes tanto de índole motor, intelectual o psicológica en general.

- **Conocimiento viso espacial y maduración cerebral**

Ardilla, Matute & Rosselli (2010), indican que el conocimiento espacial es un término amplio y en ocasiones impreciso que incluye generalmente habilidades perceptuales no verbales fundamentalmente visuales que exigen memoria y manipulación espacial. Resulta difícil disociar las habilidades espaciales de las constructivas, definidas como la capacidad para integrar elementos dentro de un todo organizado como es el caso de la copia de figuras geométricas.

- **Procesos receptivos de la percepción**

Méndez & Pierre (1979), refieren que el funcionamiento del cerebro puede compararse en cierto modo al de una computadora ya que hay al menos tres momentos en el procesamiento cerebral de los datos provenientes de los órganos de los sentidos. Uno es la recepción de la información a nivel de los órganos de los sentidos; el segundo está relacionado con el análisis de los mensajes enviados por los órganos de los sentidos nerviosos, dicho análisis se desarrolla en las áreas correspondientes al cerebro y por último se da una reacción en la persona que por lo general es motora después del análisis cerebral realizado. El infante con problemas receptivos de la percepción tendrá un mal funcionamiento en el análisis, en la síntesis o en el almacenamiento de los datos provenientes de los órganos de los sentidos.

Procesos involucrados en el desarrollo de la Maduración Visomotriz

Es fundamental establecer como se dan los procesos de maduración en los niños, considerando que el infante no experimenta la percepción como el adulto, sin embargo el escolar capaz de leer y escribir posee experiencias visomotoras parecidas a las de un individuo ya maduro.

Los patrones visomotores observados en niños y niñas evidencian que entre los 2 a los 4 años se producen garabatos, siendo el resultado únicamente de una actividad motora que adquiere significado después de su ejecución; a partir de los 4 y los 7 años se origina una veloz diferenciación de la forma; desde los 7 a los 11 años se observa un reconocimiento e integración de aquello que es percibido.

A continuación se citan ciertos elementos involucrados en el adecuado desarrollo de la función visomotora en los niños.

a) Esquema Corporal

Pozo (2010), refiere que el esquema corporal está relacionado con el conocimiento que el niño es capaz de obtener por medio de su cuerpo estático o en movimiento, considerando el espacio que lo rodea. A su vez que la estructuración inadecuada del esquema corporal llega a manifestarse en el área perceptiva ocasionando una dificultad en la percepción del mundo exterior, en el área motor se produce una defectuosa coordinación y torpeza y en el aspecto social se produce una dificultad en relaciones con el medio tanto escolar como familiar.

Los componentes del esquema corporal se encuentran conformados por tres aspectos fundamentales, la imagen, el concepto y el esquema corporal.

- Imagen corporal.- Conocimiento subjetivo que el niño tiene sobre su propio cuerpo, es decir tiene que ver sobre el conocimiento sobre sí mismo, influenciado por su estado emocional.

- Concepto Corporal.- Conocimiento del cuerpo a partir del intelecto, dicho conocimiento se da después de la imagen corporal, a medida que el niño reconoce las partes de su cuerpo, su ubicación y su funcionalidad.
- Esquema Corporal.- El esquema corporal se origina una vez que los esquemas tanto de imagen como de concepto corporal se encuentran desarrollados, una de sus funciones es regular la posición de las distintas partes del cuerpo, enmarcándolas en el entorno exterior y en la actividad del niño.

b) Control Tónico o Tonicidad.

Ardilla, Matute & Rosselli (2010), señala que otro de los aspectos que estarían involucrados en el desarrollo visomotriz, es el control tónico o tonicidad, función encargada de la regulación de la tonicidad muscular para la realización de cualquier movimiento o acción corporal, con la participación de los músculos del cuerpo, además participa de las actividades motrices y posturales, preparando el movimiento, fijando la actitud, sosteniendo el gesto, manteniendo la estática y el equilibrio. El control sobre la tensión de los músculos que intervienen en los movimientos permite la ejecución del acto motor voluntario.

c) Control Postural o equilibrio.

Vaca (2012), refiere que uno de los componentes indispensables del esquema corporal es el control postural o equilibrio, aspecto fundamental en las experiencias sensorio-motrices del infante. La posición que adopta nuestro cuerpo para actuar, comunicarse, aprender, esperar; entre otros; es conocida como postura, el equilibrio también puede ser definido como la capacidad de controlar el propio cuerpo, recuperando la postura inicial después de un suceso desequilibrador.

Pozo (2010), indica que evoluciona desde los 0 años de edad hasta los 18 años, a continuación se detallan cada una de las etapas.

- Primera Infancia (0-3 años): El equilibrio estático suscitado con ambos pies y el equilibrio dinámico desarrollado en el inicio de la marcha comienza a los 12 meses de edad en los niños.
- Educación Infantil (3-6 años): Aproximadamente a los 6 años de edad el infante comienza a dominar determinadas habilidades básicas, el equilibrio dinámico se da a través de la elevación sobre el terreno, es decir saltos.
- Educación Primaria (6-12 años): En esta etapa el equilibrio se perfecciona ya que los niños son capaces de ajustarse a modelos; los juegos de tipo motor en la infancia contribuyen al desarrollo del equilibrio tanto estático como dinámico.
- Educación Secundaria y Bachillerato (12-18 años): Durante esta etapa de la vida el equilibrio tanto estático como dinámico alcanzan mayor perfección. Sin embargo a edades más avanzadas aparece cierta involución en dicha capacidad, debido al deterioro del sistema nervioso y locomotor, incrementándose por la inactividad.

d) Estructuración Espacio-Temporal

Pozo (2010), refiere que toda actividad está regida por una estructura espacio-temporal ya que cualquier movimiento se lleva a cabo en un espacio determinado y a su vez desarrollado en un espacio de tiempo específico, el espacio que tenemos en el medio exterior parte del conocimiento que tenemos sobre el espacio que ocupa el cuerpo; los aprendizajes tanto de lectura como de escritura dependen básicamente de la estructuración espacio-temporal, la dislexia se origina a partir de una alteración en esta función.

Vaca (2012), indica que a partir de la noción de espacio exteroceptivo es decir el espacio visual y estático, es posible una abstracción que permite un proceso mental que

por medio de la memorización de vivencias anteriores, hecho que ocasiona que el niño sea capaz de trasladar todo aquello que aprende en un plano mucho más reducido, más abstracto, llegando así al grafismo. Sobre la estructura temporal el autor señala que la noción del tiempo se encuentra íntimamente relacionada con la noción del espacio pasando sucesivamente desde el tiempo gestual a la relación corporal entre el yo y el objeto y después a la relación de objeto a objeto, además de que según lo citado por Anderson la organización del tiempo es otra de los aspectos fundamentales del desarrollo psicomotor.

e) Capacidades Perceptivas.

Ardilla, Matute & Rosselli (2010), desde el punto de vista del desarrollo neurofisiológico, indican que la maduración funcional de las zonas secundarias y terciara de la corteza cerebral origina las capacidades perceptivas, encargadas de sintetizar los diversos estímulos recibidos en las zonas primarias e integrarlo dentro de la misma modalidad sensorial, estableciendo asociaciones entre una modalidad y otra. Abad, Brusasca & Labiano (2009), señalan que un objeto llega a ser identificado como diferente de los demás gracias a un proceso mental que clasifica las sensaciones, integrándolas en una unidad, dicho proceso es la conocido como percepción.

f) Lateralización.

Bucher (1973), indica que la última etapa evolutiva filogenética y ontogenética del cerebro corresponde al proceso de lateralización, proceso que representa la división del cerebro en dos partes o hemisferios y dada su variación de funciones, imponen un funcionamiento lateralmente diferenciado, es decir la lateralización es básicamente el dominio funcional de un lado del cuerpo sobre el otro.

Piaget (1975), expone que el proceso de lateralización se desarrolla a través de varias etapas expuestas a continuación.

- Periodo sensoriomotor (Localización) (0-2 años): Este periodo se caracteriza por evolución existente desde las primeras manifestaciones de lateralidad manual, además de que posteriormente se evidencia una preferencia manual sea esta izquierda o derecha, finalizando con un predominio lateral.
- Periodo preoperatorio (Fijación y desarrollo) (2-8 años): En este periodo se observa la existencia de una bilateralidad, que en consecuencia define la lateralidad. La diferenciación entre derecha e izquierda sobre sí mismo sucede a los 5 años de edad. A los 7 años en cambio se produce un periodo de transición o inestabilidad que debe ser tratado con tareas que ayuden a ejercitar el lado dominante.
- Periodo de operaciones concretas (8-12 años): dentro de esta última fase se consolida completamente la lateralidad, orientación corporal proyectada y desarrollo de la lateralidad ambidiestra, el niño llega a ser capaz de desarrollar tareas tanto con el lado dominante como el no dominante.

g) Control Motor Práxico.

Vaca (2012), señala que la agrupación de elementos espacio-temporales, propioceptiva, tónicas e intencionales forman el sistema práxico cuyo objetivo es la ejecución del acto motor voluntario.

La ejecución del control motor práxico se desarrolla a través de:

- El deseo o una intencionalidad
- Integración del espacio en que se va a desarrollar
- Organización postural que posibilite el movimiento
- Programación del movimiento a realizar.

Por medio de tres fases se explicara el desarrollo de la expresión gráfica del infante.

- Fase del garabato: En esta primera fase se desarrollan los primeros trazos como una actividad motriz descontrolada y sin representación alguna, dicha fase se da en el segundo año de vida del niño.
- Fase de las formas: En la fase correspondiente a las formas, interviene el control visual asociado al control cinestésico, es decir el control del brazo y la mano. Aunque de principio el niño empieza con el garabateo, el trazo se convierte en formas y combinaciones va convirtiéndose en formas y combinaciones de éstas. Se da en el tercer año de vida
- Fase de simbolización: En esta fase la coordinación visomotora está ajustada y el espacio gráfico integrado, lo que origina la aparición de la simbolización que conduce al infante a la producción de la escritura, dicha fase da a partir del cuarto año de vida.

Coordinación Visomotora.

Pozo (2010), refiere que la coordinación es la capacidad que tiene el individuo de regular de manera exacta la intervención del propio cuerpo durante la ejecución de una actividad determinada.

Bucher (1973) incluye dentro de la coordinación visomotora a la coordinación visual y motriz, definiéndolas de la siguiente manera:

- Coordinación Visual: Es la habilidad de ambos ojos para trabajar juntos como equipo. Cada uno de nuestros ojos ve una imagen diferente, y el cerebro mediante un proceso llamado fusión, mezcla estas dos imágenes en un cuadro tridimensional.
- Coordinación Motriz: Es la combinación de movimientos del cuerpo creados con parámetros cinemáticos (como dirección espacial) y cinéticos (fuerza) para

dar como resultado acciones. Generalmente, estos movimientos trabajan en conjunto de manera eficiente.

Pozo (2010), en relación a la evolución de la coordinación refiere varias etapas que permiten un mejor

- Primera infancia (0-3 años): Durante esta primera etapa se adquiere gran madurez nerviosa y muscular que permiten asumir ciertas tareas correspondientes al manejo del cuerpo del niño; comienzan las primeras coordinaciones óculo-manuales al tomar objetos. Alrededor de los 18 y 24 meses se evidencia un mejor desarrollo ya que el niño es capaz de abrir y cerrar puertas, colocarse los zapatos, lavarse las manos, entre otros.
- Educación infantil (3-6 años): En esta etapa el niño presenta una mayor cantidad de estímulos, por lo que su coordinación depende básicamente de un perfecto esquema corporal y un correcto control sobre su propio cuerpo. Las actividades lúdicas que se suscitan en esta edad contribuyen en el desarrollo de la formación tanto motriz como cognitiva.
- Educación primaria (6-12 años): En esta tercera área el desarrollo del sistema nervioso central se encuentra determinada por factores neuro-sensoriales de la coordinación. Tras la culminación del segundo y tercer ciclo, gracias al perfeccionamiento sensitivo y cognitivo es posible una buena capacidad perceptiva de observación.
- Educación secundaria y bachillerato (12-18 años): Debido a que en durante esta etapa se produce una maduración sexual y un crecimiento general del cuerpo, existe un retroceso en los procesos de coordinación de los movimientos alcanzados, sin embargo a medida que él o la adolescente van entendiendo el funcionamiento de su cuerpo la coordinación mejora.

Importancia de la Coordinación Visomotora

Vaca (2012), refiere que según lo señalado por Bender, ciertos procesos biológicos serían los encargados de la acción sensorio-motriz es decir la percepción y la reproducción de figuras gestálticas, además que tiende a variar debido a varios factores como el patrón de desarrollo y el nivel de maduración del individuo y el estado patológico funcional u orgánicamente inducido; en consideración con el desempeño escolar es necesario aclarar que el infante tiene que alcanzar cierto grado de madurez en la percepción viso-motora antes de ser capaz de aprender a leer, escribir y comprender conceptos numéricos. El desarrollo adecuado de la percepción visomotora en los niños predice el desempeño escolar, señalando que quien alcance dicho desarrollo probablemente será un buen estudiante, por lo contrario aquel cuya percepción visomotora no haya alcanzado una adecuada maduración; existiendo ciertas dificultades en el área escolar.

El desempeño escolar y la coordinación visomotriz.

Vaca (2012), refiere que según lo citado por Bender, tras sus numerosas investigaciones llevadas a cabo con población infantil, en edades que estuvieron comprendidas desde los 4 hasta los 11 años, señala que la adecuada integración visomotriz, refleja el grado de maduración visomotora, además de que el lenguaje y otras funciones asociadas con la inteligencia, se encuentran interrelacionadas con la percepción visomotora, a su vez incluyen otros aspectos tales como la memoria, la percepción visual, la coordinación motora, conceptos temporales y espaciales, organización y representación. Bender también afirmó que entre maduración visomotriz y el coeficiente intelectual existen relaciones significativas.

Merino (2013), indica que según lo postulado por Koppitz la habilidad visomotora es de suma importancia para el desempeño escolar y el desarrollo de habilidades escritas en los primeros años de escolaridad es decir de primero a sexto grado; además de que se menciona que durante la edad adulta se encuentra relacionada con síntomas

psicopatológicos como el del trastorno obsesivo-compulsivo y el síndrome de Tourette. Koppitz también sugirió que el grado de maduración visomotora en la etapa escolar es capaz de predecir el nivel de inteligencia del niño ya que la habilidad visomotora es el resultado de un proceso madurativo que desarrollado a edades tempranas origina una mejor capacidad en la resolución de problemas que involucre la habilidad integrada a la percepción visual y la motricidad fina.

Perasso (2011), indica que los niños con problemas en la percepción visomotora experimentan gran frustración seguida de fracaso tanto en su área escolar como familiar, dando como resultado una actitud negativa e inadaptación emocional. Bender en su libro menciona que los niños con percepción visomotora inmadura o deficiente no solo tienden a presentar problemas de aprendizaje, sino que además presentan una incidencia mucho mayor de problemas emocionales que los niños cuya percepción visomotora se ha desarrolla sin ninguna dificultad.

2.6. Hipótesis

2.6.1 Hipótesis alterna

La depresión influye en la maduración visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

2.6.2 Hipótesis nula

La depresión no influye en la maduración visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

2.7 Señalamiento de variables

Variable independiente: Depresión.

Variable dependiente: Maduración Visomotriz.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque

La presente investigación se llevó a cabo bajo los paradigmas cuantitativo y cualitativo; el enfoque cuantitativo utiliza los datos numéricos obtenidos con el fin de comprender la problemática de la investigación, además de dar respuesta a las preguntas planteadas en la investigación, además de comprobar la hipótesis establecida previamente y recurrir a la medición numérica, el conteo y la correlación de los resultados por medio de instrumentos estadísticos, con el fin de establecer con precisión los patrones que varían el cualquier tipo de comportamiento en la población de estudio.

A su vez tendrá un enfoque cualitativo que incluirá métodos que ayuden a la recolección de datos sin necesidad de recurrir a sistemas de medición como las técnicas descriptivas, observaciones y los supuestos teóricos que permitirían sustentar tanto a la depresión como la maduración visomotriz., orientada también a la comprobación e inferencias de la hipótesis.

3.2. Modalidad de investigación.

La modalidad de investigación se desarrollará bajo dos modalidades, de campo y documental-bibliográfica. La modalidad de investigación de campo se llevará a cabo a través del estudio sistemático de los hechos en el lugar en que se producen, lo que hace posible un contacto directo con la realidad que rodea al problema de estudio, para obtener información de acuerdo con los objetivos del estudio.

La modalidad de tipo documental-bibliográfica, está encaminada detectar, ampliar, explicar y profundizar distintos enfoques teóricos relacionados con las variables investigativas, por medio de libros, textos, módulos, periódicos, revistas e internet.

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación será de tipo descriptivo y correlacional. La investigación al ser descriptiva permitirá comparar entre dos o más fenómenos, situaciones o estructuras, además que contiene preguntas directrices e hipótesis de trabajo que permitirán establecer los objetivos y los supuestos de la investigación, además de realizar la pertinente comparación entre las dos variables investigativas.

Explicativo ya que por medio de la hipótesis pretende descubrir las causas de un fenómeno, detectando los factores determinantes de ciertos comportamientos, intentando explicar tanto la naturaleza como las características de un objeto, hecho o fenómeno que corresponden a los cuestionamientos inmersos en la investigación.

La asociación de variables, se llevará a través de la correlación entre los resultados, con el fin de determinar el grado de relación entre las variables de los sujetos que participan en el presente estudio.

3.4. Población.

La población con la que se desarrollará la investigación está conformada por estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato, la muestra inicial corresponde a 496, aplicando la fórmula para el muestreo se obtuvo una población total de 238 niños/as de entre 8 y 11 años de edad.

Fórmula utilizada para obtener la población de estudio.

$$n = \frac{Z^2 PQN}{Z^2 PQ + Ne^2}$$

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivele de confiabilidad 95% equivalente a $0.95/2 = 0.4750$

Z=1.96

P= Probabilidad de ocurrencia 0.5

Q= Probabilidad de no ocurrencia $1-0.05$ (5%)

N= Población

e= Error de muestreo 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)496}{(1.96)^2(0.5)(0.5) + 496 (0.05)^2}$$
$$n = 238$$

3.5. Muestra.

La muestra estará comprendida por un total de 238 estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato, de los cuales 149 eran de género femenino y 89 pertenecían al género masculino, con edades entre los 8 y 11 años.

3.6. Población Excluyente.

Se excluye a los niños de los cursos diferentes a cuarto, quinto y sexto a la Unidad Educativa Manuela Espejo de la Ciudad de Ambato, debido a que el rango de edad considerado para la investigación permite alcanzar el objetivo planteado.

3.7. Operacionalización de variables

Variable Independiente: Depresión

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Alteración del estado de ánimo, que provoca un elevado nivel de malestar psicológico y que a su vez puede ser intenso, pudiendo propiciar un patrón evidente de funcionamiento anormal de ciertas funciones cognitivas, como la memoria, la atención, el pensamiento, entre otras Barrea & Calderón (2013).	<p>-Ausencia de Sintomatología</p> <p>Moderada presencia de sintomatología</p> <p>-Alto nivel de presencia de sintomatología depresiva.</p>	<p>No existe sintomatología depresiva como tristeza o desesperanza.</p> <p>Existe cierto nivel de tristeza y desinterés por actividades que antes causaban interés.</p> <p>Hay sentimientos de desvalorización hacia sí mismo muy fuertes.</p> <p>Hay ideas de muerte</p>	<p>Nunca me siento triste</p> <p>Pocas Veces me siento triste</p> <p>Siempre me siento triste</p>	-Encuesta	Inventario De Depresión Infantil (Kovacs 1992).

Tabla 1. Operacionalización de la variable depresión

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

3.8 Validez y confiabilidad de los resultados.

Inventario de Depresión para niños De M. Kovacs (CDI)

El Children's Depression Inventory creado por Kovacs y Beck en 1977, es uno de los instrumentos psicológicos más usados en los cinco continentes para medir depresión infantil. El CDI se utiliza para determinar los signos y síntomas de la depresión en niños y adolescentes en edades comprendidas entre los 6 y 17 años, consta de 27 ítems de opción múltiple sobre una categoría específica de los signos y síntomas asociados con la depresión. Cada ítem consta de tres frases de autoevaluación con un puntaje de 0, 1, 2 que será puntuado según la gravedad del síntoma.

El puntaje final está entre 0 hasta 54 puntos. Las puntuaciones entre 0 y 11 sugieren ausencia de sintomatología depresiva, entre 12 y 18 indican sintomatología depresiva moderada y las puntuaciones mayores de 19 estarían encasillados dentro de sintomatología grave o severa.

Dimensiones del C.D.I.

Este instrumento reporta sobre cinco factores que son: estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, inutilidad, anhedonia y autoestima negativa. De modo que las dimensiones que evalúa el C.D.I, conservando los criterios originales de la adaptación española son:

Estado de Animo Disfórico.- Es una expresión o muestra de tristeza, soledad, o desdicha, que se manifiesta por cambios en el estado de ánimo, humor irritable, llanto fácil, actitud negativista.

Ideas de Auto desprecio.- Se expresan sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad. Hay presencia de ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa.

Índice de Confiabilidad.

El CDI tiene un coeficiente Alfa de Crombach de 0.91, lo que revela un buen nivel de confianza, con una p de < 0.001 .

Test Perceptivo Viso-Motriz de Bender- Koppitz

El test de Bender es un instrumento clínico con numerosas aplicaciones psicológicas y psiquiátricas. Ha demostrado ser muy útil en la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil y en los diversos diagnósticos clínicos de discapacidad mental, afasia, desórdenes cerebrales orgánicos, psicosis, etc.

El Test de Bender fue construido por Lauretta Bender, psiquiatra norteamericana, entre los años 1932 y 1938. En sus inicios, fue conocido popularmente como B.G. (Bender Gestalt), dado que la autora se inspiró para su confección en los principios teóricos de la Gestalt. Según ésta escuela, el organismo no reacciona a estímulos locales con respuestas locales. Responde a constelaciones de estímulos con un proceso total, que es la respuesta del organismo en su conjunto a la situación total. Años posteriores a través de sus estudios, E.M.Koppitz estableció un sistema para evaluar el nivel de maduración infantil expresado en años.

El test permite evaluar la madurez en la coordinación visomotriz en niños de 5 a 11 años. La prueba consta de nueve figuras geométricas dibujadas en negro en tarjetas blancas en una hoja de papel en blanco. El sistema de puntuación desarrollado por Koppitz consta de 30 errores que están integrados en cuatro categorías.

- Distorsión
- Rotación
- Integración
- Perseveración.

Índice de validez y confiabilidad

Los estudios realizados para valorar las cualidades psicométricas de la prueba ponen de manifiesto una fiabilidad interevaluadores y test-retest satisfactorios.

Con relación a la viabilidad interevaluadores se han obtenido correlaciones comprometidas entre 0,79 y 0,99. Según Koppitz la estabilidad test-restes en diferentes intervalos de tiempo y para diferentes grupos de edad oscilan entre 0,50 y 0,90. Por lo que se refiere a la validez, se han obtenido correlaciones entre 0,39 y 0,56 con el test de percepción visual de Frosting y las correlaciones con diferentes pruebas de inteligencia oscilan entre -0,19 y -0,66.

Cabe mencionar que está demostrado que el Test de Bender no es un test sensible a efectos culturales, sino que depende de la madurez visomotora, factores neurológicos y emocionales (Cruz, Garaigordobil, & Maganto, 2001).

3.9. Plan de recolección de información

Para la presente investigación se procedió a la evaluación, calificación e interpretación de los resultados mediante la aplicación de reactivos psicológicos diseñados para evaluar los caracteres que descartan o ratifican la presencia de las variables en el contexto es decir los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo.

Plan de procesamiento de la información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1 - ¿Para qué?	Para el cumplimiento de los objetivos planteados.
2. ¿De qué personas u objeto	Estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Depresión y Maduración visomotriz.
4.- ¿Quién? ¿Quiénes?	La autora Carmen Santana
5.- ¿Cuándo?	Año 2014-2015
6.- ¿Dónde?	Unidad Educativa Manuela Espejo
7.- ¿Cuántas veces?	Una
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	Reactivos psicológicos
9.- ¿Con qué?	CDI Test de Bender-Koppitz
10.- ¿Cuándo?	En el periodo Octubre 2015- Diciembre2015

Tabla 3. Plan de recolección de la información.

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Para el proceso de análisis de la información recogida mediante los instrumentos de evaluación psicológica se llevó a cabo el siguiente proceso:

- Aplicación colectiva de ambos reactivos psicológicos.
- Revisión de los datos recogidos con el fin de descartar las evaluaciones que no se acoplen a los estándares planteados para validar la hipótesis investigativa.

- Tabulación estadística de los datos conseguidos a partir de la aplicación de ambos instrumentos psicológicos utilizados.

- Análisis e interpretación de los ítems de las baterías psicológicas, relacionando la información tal como; percentiles, baremos y categorización del resultado para dar significación cuantitativa al problema.

- Interpretación de los resultados estadísticos, relacionando ambas variables mediante el programa SPSS.20 para determinar si la hipótesis planteada se cumple o no.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Es necesario señalar que para el análisis de resultados se descartaron en total nueve pruebas, debido a que tenían un gran número de preguntas sin contestar, considerando que no aportarían demasiado a la investigación. En consecuencia la población sobre la que se realizó la correlación de resultados fue de 229 alumnos conformados por hombres y mujeres.

4.1. Análisis sociodemográfico de la muestra

Las variables sociodemográficas son aquellas que se utilizaron para describir la consistencia de la investigación con respecto a las características de los participantes observados. Para esto se consideraron: la edad, el sexo (femenino y masculino).

El primer análisis preliminar se busca identificar el comportamiento de los participantes evaluados con respecto a la edad de los participantes y la distribución de los mismos con respecto al sexo.

Con relación al aspecto cuantitativo, es decir la edad de los participantes con los que se llevó a cabo el estudio, se hizo uso de la media aritmética (M) y la desviación estándar (DS) para representar los resultados, mientras que para el sexo de los participantes, los datos fueron representados mediante las frecuencias (f) y la representación porcentual (%).

Análisis sociodemográfico de la muestra

Variables	Media	Desviación
Edad	9,6	1.07
	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Mujer	140	61.1%
Hombre	89	38.9%

Nota: 238 observaciones.

Tabla 4. Análisis sociodemográfico de la muestra.

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Representación gráfica de la distribución de los participantes del estudio por sexo.

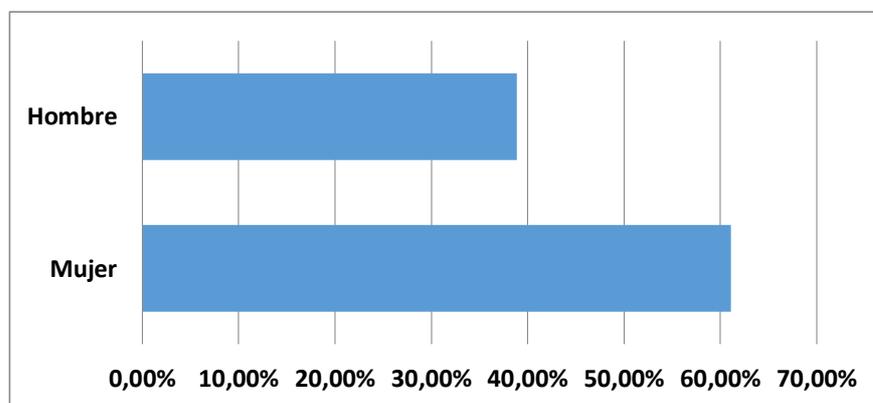


Gráfico 5. Representación gráfica de la distribución por sexo de los participantes

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Análisis Cuantitativo.

Los resultados del análisis sociodemográfico de presente estudio muestran que los participantes presenta con respecto a la edad $M_{Edad}= 9.6 \text{ años}$; $Ds= 1.07$, lo que en consecuencia indica que la edad media de la población de estudio es de 9 años y medio aproximadamente.

En lo que respecta a la distribución por sexo se encontró que las mujeres ocupan el 61.1%, mientras que los hombres se encuentran representados por el 38.9%, es decir 140 eran de género femenino y 89 pertenecían al género masculino, señalando que el grupo de mayor participación estaría conformado por mujeres.

Interpretación.

La edad media de los años de los estudiantes corresponde a la edad de nueve años, edad esperada para el contexto ya que la edad mínima que tienen los niños de cuarto es de 8 años mientras que los de sexto año de básica tienen 11 años. Además la edad de los participantes corresponde a la edad esperada para el estudio, considerando que el propósito de la investigación iba dirigido a analizar cuáles son los niveles de depresión y maduración visomotriz en niños escolarizados.

Los porcentajes obtenidos en relación al sexo masculino y femenino concuerdan con el contexto demográfico en el que la predominancia femenina es mayor en comparación con la masculina.

4.2. Análisis descriptivo del Children Depression Inventory

A partir del análisis descriptivo del CDI se pretende conocer las características generales que presentaron los participantes del estudio de manera general con respecto a los distintos componentes del CDI (autorechazo y disforia).

Estadísticos descriptivos de la prueba

<i>Indicadores</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>
Autorechazo	,00	16,00	4,58	3,44
Disforia	,00	22,00	8,03	5,11
Total CDI	,00	37,00	12,6	7,93

Nota: 238 observaciones.

Tabla 5. Análisis descriptivo del Children Depression Inventory

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Los resultados del análisis descriptivo del CDI mostraron en el componente Autorechazo como resultados $M= 4,58$ puntos; $Ds= 3,44$. En el componente Disforia se obtuvo $M= 8,03$ puntos; $Ds= 5,11$ Finalmente en el puntaje CDI los puntajes alcanzados fueron $M= 12,6$ puntos; $Ds= 7,93$.

Interpretación

En relación con el análisis descriptivo del Children Depression Inventory, tanto en el indicador Autorechazo, Disforia como en el resultado total, en comparación a la puntuación máxima, el resultado obtenido fue mínimo.

4.3. Diferencias por género del CDI

Uno de los aspectos del análisis descriptivo de los resultados del CDI es identificar si se presentan o no diferencias en grupos, en este caso en el sexo. Para ello se realiza un análisis de comparación entre las puntuaciones medias de los resultados obtenidos en el CDI clasificado por grupos (mujeres y hombres). La comprobación de diferencias se la ejecuta con la prueba ‘t de student’.

Diferencias por género en los resultados del CDI

Componentes	Mujeres (n= 93)		Hombres (n= 60)		Contraste
	Media	Desviación	Media	Desviación	t
Autorechazo	4,81	3,76	4,21	2,83	1.275
Disforia	8,62	5,36	7,09	4,58	2.228*
CDI	13,43	8,51	11,3	6,77	1.989*

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabla 6. Diferencias por género en los resultados del CDI

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Los resultados de la evaluación del Children Depression Inventory muestran como resultados en el componente Autorechazo $M_{mujeres} = 4.81$ puntos; $Ds = 3.76$ y $M_{hombres} = 4.21$ puntos; $Ds = 2.83$; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas $t_{(151)} = 1.275$; $p > .05$. En el componente Disforia los resultados fueron $M_{mujeres} = 8.62$ puntos; $Ds = 5.36$ y $M_{hombres} = 7.09$ puntos; $Ds = 4.58$; aquí se encontraron diferencias estadísticamente significativas $t_{(151)} = 2.228$; $p < .05$, es decir que la puntuación de las mujeres es superior a la de los hombres. En el puntaje total del CDI los puntajes fueron $M_{mujeres} = 13.43$ puntos; $Ds = 8.51$ y para $M_{hombres} = 11.3$ puntos; $Ds = 6.77$. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas $t_{(151)} = 1.989$; $p < .05$. La puntuación de las mujeres resulta ser diferente de la de los hombres

Representación gráfica de las diferencias por sexo en las puntuaciones del CDI.

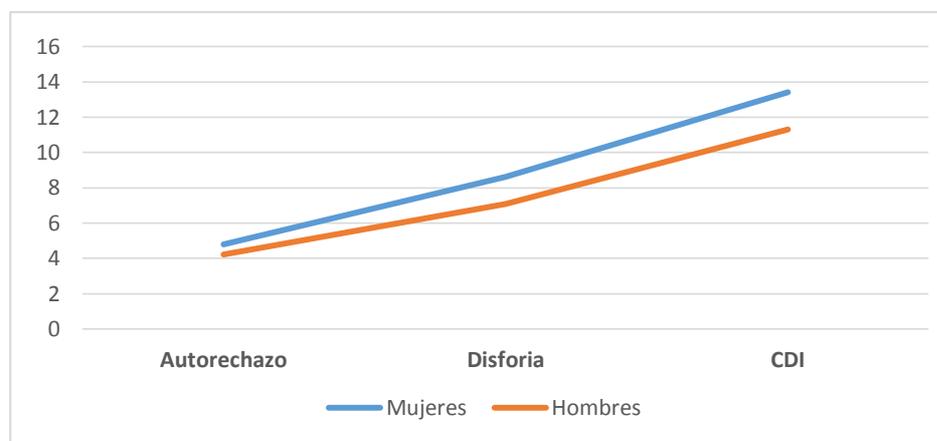


Gráfico 6. Representación gráfica de las diferencias por sexo en las puntuaciones de CDI.
Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Análisis Cuantitativo.

La media en el componente autorechazo en las mujeres fue de 4,81 mientras que para los hombres fue de 4,21, en el componente disforia las mujeres obtuvieron 8,62 y los hombres 7,09; en las mujeres la puntuación total corresponde a cada componente autorechazo y disforia fue de 13,43 y en los hombres fue de 11,30.

Interpretación.

Aunque las puntuaciones con respecto al CDI, fueron bajas, en relación a los indicadores de Autorechazo, Disforia y la puntuación total, se encontró ligeras diferencias en cuanto a la puntuación de depresión en mujeres en comparación con los hombres, lo que significa que en la población estudiada las mujeres tienen mayor sintomatología depresiva en comparación con los hombres.

4.4. Distribución de las categorías diagnósticas del CDI entre los participantes

Distribución de los participantes de acuerdo a las categorías diagnósticas del CDI

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de síntomas	121	52,8%
Presencia moderada	57	24,9%
Presencia grave	51	22,3%

Nota: 238 observaciones.

Tabla 7. Distribución de los participantes de acuerdo a las categorías diagnósticas del CDI

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Representación gráfica de la distribución de las categorías diagnósticas del CDI

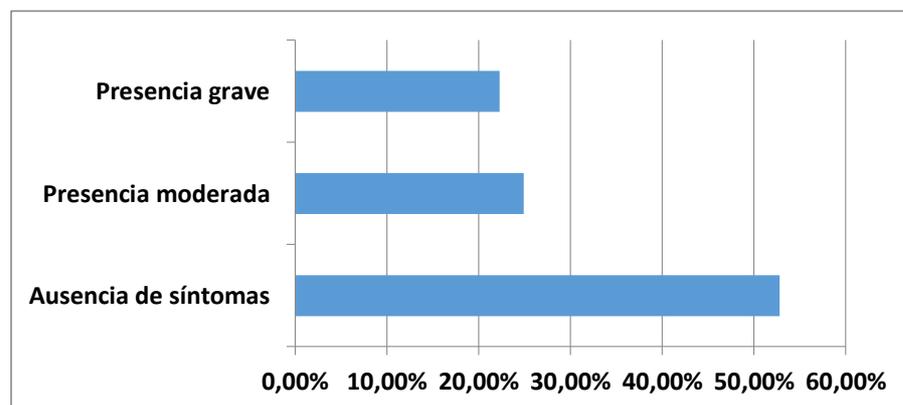


Gráfico 7. Representación gráfica de la distribución de las categorías diagnósticas del CDI

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Análisis Cuantitativo.

Se encontró que entre los participantes del estudio en el CDI el 52,8% de los mismos presentaron puntuaciones que encajan en la categoría de ‘Ausencia de síntomas’, el 24,9% de los participantes muestran puntuaciones dentro de la categoría ‘Presencia moderada de síntomas depresivo’ y finalmente el 22,3% de los evaluados muestran puntuaciones equivalentes a la categoría ‘Presencia grave’, las categorías moderada y grave representarían el 47,2 %

Interpretación.

Los resultados obtenidos señalan que a pesar de que la mitad de los estudiantes indican la ausencia de sintomatología depresiva, el 48 % de la muestra estudiada, demuestran una prevalencia de sintomatología depresiva entre moderada y grave lo que hace necesario urgente un plan de intervención.

4.5. Análisis descriptivo de la prueba de Bender

A partir del análisis descriptivo del test de Bender se busca conocer las características generales que presentaron los participantes del estudio de manera general con respecto a los distintos componentes del test como son: a) la distorsión; b) la rotación; c) la integración y d) la perseveración.

Análisis descriptivo de la prueba de Bender

Indicadores	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
Distorsión	,00	8,00	3,13	1,69
Rotación	,00	6,00	2,49	1,31
Integración	,00	6,00	1,83	1,32
Perseveración	,00	2,00	,48	,67
Total Bender	2,00	17,00	7,93	2,54

Nota: 238 observaciones.

Tabla 8. Análisis descriptivo de la prueba de Bender

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Los resultados del análisis descriptivo del test de Bender mostraron en el componente Distorsión como resultados $M= 3,13$ puntos; $Ds= 1,69$. En el componente Rotación se obtuvo $M= 2,49$ puntos; $Ds= 1,31$. En el componente Integración los resultados fueron $M= 1,83$ puntos; $Ds= 1,32$. En el componente Perseveración los puntajes alcanzados fueron $M= 0,48$ puntos; $Ds= 0,67$. Por último en la puntuación total de Bender se obtuvo $M= 7,93$ puntos; $Ds= 2,54$.

Interpretación.

En los análisis descriptivos del Test de Bender, los resultados obtenidos en los aspectos que mide el test, es decir en, distorsión, rotación, integración, perseveración, al igual que la puntuación total, en comparación con la puntuación máxima, fueron mínimos.

4.6. Diferencias por género de los resultados del Test de Bender

En el análisis descriptivo de los resultados del test de Bender es identificar si se presentan o no diferencias en grupos, en este caso en el sexo. Para ello se realiza un análisis de comparación entre las puntuaciones medias de los resultados obtenidos en el test de Bender clasificado por grupos (mujeres y hombres). La comprobación de diferencias se la ejecuta con la prueba ‘t de student’

Diferencias por género en los resultados del test de Bender

Componentes	Mujeres (n= 140)		Hombres (n= 89)		Contraste
	Media	Desviación	Media	Desviación	t
Distorsión	3,2	1,7	3,01	1,67	.825
Rotación	2,47	1,3	2,52	1,33	-.255
Integración	1,86	1,37	1,8	1,25	.331
Perseveración	,47	,68	,48	,66	-.128
Bender	8	2,63	7,81	2,41	.553

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabla 9. Diferencias por género en los resultados del test de Bender.

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Los resultados de la evaluación del test de Bender mostraron como resultados en el componente Distorsión $M_{mujeres} = 3.2$ puntos; $Ds = 1.7$ y $M_{hombres} = 3.01$ puntos; $Ds = 1.67$; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas $t_{(151)} = .825$; $p > .05$. En el componente Rotación los resultados fueron $M_{mujeres} = 2.47$ puntos; $Ds = 1.3$ y $M_{hombres} = 2.52$ puntos; $Ds = 1.33$; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas $t_{(151)} = -.255$; $p > .05$. En el componente Integración los datos obtenidos fueron $M_{mujeres} = 1.86$ puntos; $Ds = 1.37$ y $M_{hombres} = 1.8$ puntos; $Ds = 1.25$; en esta área no se encontró diferencias estadísticamente significativas $t_{(151)} = .331$; $p > .05$. Para el componente Perseveración las puntuaciones fueron $M_{mujeres} = .47$ puntos; $Ds = .68$ y $M_{hombres} = .48$ puntos; $Ds = .66$; sin encontrarse

diferencias estadísticamente significativas $t_{(151)} = -.128; p > .05$. En la puntuación total del Bender los resultados fueron $M_{mujeres} = 8$ puntos; $Ds = 2.63$ y $M_{hombres} = 7.81$ puntos; $Ds = 2.41$; tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas $t_{(151)} = .553; p > .05$.

Representación gráfica de los puntajes del Test de Bender distribuida por sexo.

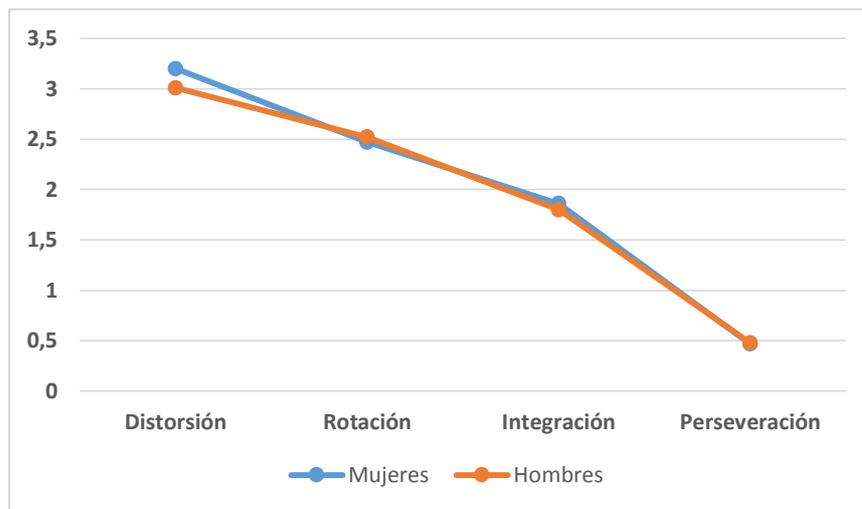


Gráfico 8. Representación gráfica de los puntajes del Test de Bender distribuida por sexo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Análisis Cuantitativo.

Con respecto a la distribución por sexo de los participantes en el Test de Bender, en relación con la media aritmética (M), se encontró que las mujeres en el componente distorsión obtuvieron 3,2 mientras que en los hombres 3,01 en rotación las mujeres sacaron 2,47 y los hombres 2,52, en integración las mujeres alcanzaron 1,86 y los varones 1,8 en perseveración del puntaje obtenido por las mujeres fue 0,47 y en los varones 0,66.

Interpretación.

Los datos obtenidos revelaron que no existe diferencias estadísticamente significativas, con respecto al género en el Test de Bender, sin embargo dentro de los aspectos que evalúa el test, se observó que el género femenino tuvo una mayor alteración en los indicadores correspondientes a distorsión e integración, mientras que en los hombres en el componente rotación y perseveración.

4.7. Distribución de los participantes de acuerdo a las categorías diagnósticas del Test de Bender

Categorías diagnósticas del Test de Bender

<i>Categorías</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Normal superior	31	13,5%
Normal	198	86,5%

Nota: 238 observaciones

Tabla 10. Categorías diagnósticas del CDI

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Representación gráfica de las categorías diagnósticas del Test de Bender

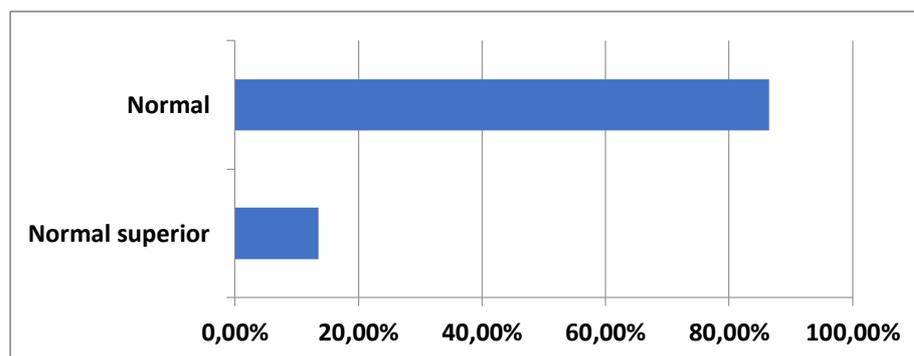


Gráfico 9. Representación gráfica de las categorías diagnósticas del Test de Bender

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

Análisis cuantitativo.

Los datos revelaron que los participantes del estudio en el Test de Bender el 13,5% de los mismos presentaron puntuaciones que encajan en la categoría de ‘Normal superior’ y el 22,3% de los evaluados muestran puntuaciones equivalentes a la categoría ‘Normal’. No se encontraron puntuaciones entre los participantes que encajen en las categorías de ‘Superior’ o ‘Normal escaso’

Interpretación.

En la población de estudio la maduración, según las puntuaciones obtenidas señalan que un grupo significativo de estudiantes tiene maduración visomotriz normal y que un pequeño grupo alcanza una maduración normal superior. Debido a las nuevas políticas en cuanto a sistemas de educación los niños y niñas tienen desde la etapa inicial mayor estimulación en áreas motrices y de integración visual, inclusive en los últimos años debido a las cargas laborales de los padres los niños son incluidos en guarderías a tempranas edades que también contribuyen en el desarrollo de dicha área.

4.8. Análisis de correlación entre la prueba CDI y el test de Bender

A partir de este análisis se intenta conocer si los puntajes obtenidos en las medidas del CDI se correlación con los resultados del test de Bender para conocer el grado de influencia entre la depresión y la madurez visomotriz. El análisis de correlación se lo realiza a través de la prueba de correlación producto momento de Pearson (r)

Análisis de correlaciones entre la edad, el CDI y el test de Bender

<i>Indicadores</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>CDI</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>G</i>	<i>Bender</i>
Edad	1								
Autorechazo	-,036	1							
Disforia	-,077	,710**	1						
CDI	-,065	,891**	,952**	1					
Distorsión	-,214**	,234**	,286**	,286**	1				
Rotación	-,002	,131*	,062	,096	-,090	1			
Integración	-,337**	,200**	,277**	,265**	,244**	-,156*	1		
Preservación	,087	-,021	,000	-,009	-,254**	,023	,055	1	
Bender	-,295**	,321**	,365**	,374**	,676**	,381**	,615**	,136*	1

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabla 11. Análisis de correlación entre la edad, el CDI y el test de Bender.

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

4.9. Análisis Correlacional.

En el caso de la edad, se identificó una correlación baja $r=-.295$; $p<.01$ con el puntaje global del test de Bender es decir que la madurez se desacelera conforme aumenta la edad del niño o la niña.

Con respecto a los datos de correlación entre los componentes del CDI y la madurez visomotriz se encontró una correlación baja positiva entre el componente Autorechazo $r=-.321$; $p<.01$ y la madurez visomotriz. En el caso del componente Disforia la correlación $r=.365$; $p<.01$. Finalmente en el puntaje global del CDI se encontró una correlación baja positiva $r=.374$; $p<.01$ con el puntaje global de madurez visomotriz

La determinación de los resultados establecen que la depresión influye $R^2=.139$. Es decir que la depresión puede predecir en un 13,9% la variabilidad de la madurez visomotriz.

Según los datos obtenidos, es posible señalar que la depresión influye en la madurez y que además predice la desviación que puede existir tras su presencia en la madurez visomotriz, corroborando la hipótesis planteada en la presente investigación.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

1. Una vez obtenido los resultados a través del análisis correlacional entre los componentes del CDI y la maduración visomotriz, es posible señalar que la depresión se correlaciona de manera baja y positiva con la madurez visomotriz. Al conocer que existe correlación entre las variables y tras un análisis de determinación se determina que existe influencia bidireccional entre ambas por lo tanto se presente un nivel considerable de predicción.
2. La capacidad de predicción del CDI sobre la madurez visomotriz es del 13,9%. Es decir que los cambios en la variabilidad que puede existir en la madurez visomotriz, un 13,9% es explicado por la depresión. La hipótesis de: “La depresión influye en la maduración visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato” planteada en la presente investigación es aceptada como válida.
3. Con respecto a la distribución de las categorías diagnósticas, las puntuaciones revelaron, que a pesar de que el 52.8% de la población indica ausencia de síntomas, el 47.2% se encuentran inmersos en el segmento que señala una prevalencia de depresión entre moderada y grave.
4. Con respecto al grado de maduración visomotriz que presentó la población estudiada, se encontró que el 86.5 %, posee madurez visomotriz normal, y un 13.5 % indico maduración visomotriz normal superior.

5. En cuenta al género, los mayores niveles de depresión estuvo representado por las mujeres, aunque las puntuaciones con respecto al CDI, fueron bajas, en relación a los indicadores de Autorechazo, Disforia y la puntuación total. Sin embargo se encontró ligeras diferencias en cuanto a la puntuación de la depresión en mujeres en comparación con los hombres.
6. Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas, con respecto al género en el Test de Bender, dentro de los aspectos que evalúa el test, se observó que el género femenino tuvo una mayor alteración en los indicadores correspondientes a distorsión e integración, y que en los hombres hubo mayor presencia en rotación y perseveración.

5.2. Recomendaciones.

1. Los resultados obtenidos indican que la depresión se correlaciona con la maduración visomotriz y que además un 13.9 % de los cambios desarrollados en la misma, son explicados por la depresión. Con base en los resultados aquí planteados, es fundamental que se elabore un plan de intervención que brinde alternativas de solución a la problemática encontrada en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo, de modo que sea posible evitar las consecuencias tanto a corto como a largo plazo.
2. Es necesario que las autoridades pertinentes de la Institución Educativa de la cual procede la población de estudio se ocupen del tema en mención como lo es la salud emocional de los niños/as debido a que los porcentajes obtenidos muestran que cerca del 50% de los estudiados padecen de sintomatología depresiva de tipo moderada y grave.
3. Debido a que no se encontraron porcentajes anormales en lo que maduración visomotriz, se considera oportuno que se planteen actividades

en el área educativa que potencien y contribuyan al desarrollo del área mencionada.

4. Considerando que los índices de depresión fueron mayores en las niñas, se cree necesario trabajar con esta población, además de que se implementen campañas innovadoras y efectivas encaminadas a la prevención a nivel institucional, creando espacios seguros y agradables para que tanto las niñas y los niños puedan hablar de sus problemas y sobretodo de sus sentimientos.
5. Resulta prioritario ejecutar un plan de intervención diseñado en conjunto con la psicóloga de la institución con el fin de que a más de que se disminuyan los niveles de depresión exista el respectivo seguimiento a los casos detectados.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos informativos

6.1.1. Tema

“Técnicas cognitiva-conductual, para la intervención de sintomatología depresiva presente en niños/as, aplicadas de forma grupal, otorgando nuevas estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes.”

6.1.2. Institución Ejecutora

- Institución: Universidad Técnica de Ambato
- Facultad: Ciencias de la Salud
- Carrera: Psicología Clínica.

6.1.3. Beneficiarios

Directos:

Los beneficiarios directos son los niños/as de cuarto a sexto año de educación básica, que presentan sintomatología depresiva de tipo moderada y grave del Centro Educativo Manuela Espejo.

Indirectos:

Los beneficiarios indirectos serán los padres de familia de los niños y los maestros, ya que se les brindara información importante sobre la problemática detectada.

6.1.4. Ubicación

- **Institución:** Centro Educativo Manuela Espejo
- **Parroquia:** Huachi Loreto
- **Ciudad:** Ambato.
- **Provincia:** Tungurahua

6.1.5. Tiempo Estimado de la ejecución

El tiempo estimado para la ejecución de la propuesta es de cinco meses aproximadamente, equivalente a 19 sesiones.

6.1.6. Equipo responsable:

- **Investigadora:** Carmen Santana
- **Tutora de la Investigación.** Psc, Mg. Fernanda Flores

6.2. Antecedentes de la propuesta.

En el análisis efectuado en la presente investigación, se observa que, con respecto a los datos de correlación entre los componentes del CDI y la madurez visomotriz, existe una correlación baja positiva.

Los resultados dados por el CDI, muestran que el 52.8 % de la población señala no manifestar sintomatología depresiva, sin embargo el 24.9 % indica la presencia de sintomatología moderada y en el 22.3 % existe sintomatología grave. La población ubicada en las categorías de moderada y grave forman el 47,2 %, que sin duda representa un grupo significativo de niños que se encuentra padeciendo sintomatología depresiva. A su vez se encontró mayor índice de sintomatología depresiva en mujeres en comparación con los hombres.

Con respecto a los resultados de Bender la maduración, se encuentra dentro de la escala normal y superior normal, no obstante los resultados revelan que la depresión existente en la población de estudio, puede predecir en un 13.9 % la variabilidad de la madurez visomotriz.

6.3. Justificación.

En consideración a los datos estadísticos obtenidos en la presente investigación, en los que se evidencia que casi la mitad de la población presenta sintomatología depresiva entre moderada y grave se hace necesario generar un plan de intervención, que permita abordar a la problemática que acontece a la población de estudio, la importancia de una propuesta de solución radica en las consecuencias tanto a corto como a largo plazo, que podría ocasionar no atender la sintomatología depresiva, que se encuentra presente tanto en los niños como en las niñas de la Unidad Educativa Manuela Espejo.

Una propuesta de solución no solo es necesaria debido a los altos niveles de depresión que acontece a la muestra estudiada, también por lo señalado en la correlación de los resultados, los cuales indican que la presencia de la depresión predice en un 13,9 % la variabilidad de la madurez visomotriz. Realizar una intervención directa sobre la depresión, contribuirá directamente a que los factores que se encuentran inmersos en la maduración, no tiendan a variar.

El brindar una propuesta de solución en torno a la problemática planteada actuará directamente tanto en los niños y niñas como en los padres de familia y los maestros que contarán con información actualizada y estrategias encaminadas a la intervención y detección oportuna de la depresión infantil.

Otro aspecto a resaltar es la vulnerabilidad de la que son participes los niños que presentan depresión y que según lo mencionado en el marco legal forman parte del grupo prioritario de atención en cuanto a lo que salud se refiere, además de que una intervención oportuna en el apareamiento de este trastorno a edades tempranas, previene las probabilidades de volver a padecerlo en la adultez, y por consecuencia evitaría la elevación de las cifras de suicidio.

La intervención oportuna asegurará el correcto desarrollo tanto emocional, como psicológico de los estudiantes, lo que hace indispensable un abordaje responsable, ético y sustentado en bases teóricas.

La Institución Educativa en la que se realizó el estudio, muestra gran predisposición para llevar a cabo la propuesta de solución, además de estar conscientes de la importancia que tienen atender la problemática detectada, siendo la salud tanto física como emocional de los niños uno de sus principales prioridades.

La aplicación de la propuesta, es factible ya que al momento se cuenta con el apoyo de la Institución Educativa y los recursos tanto humanos, bibliográfico, como económicos que permitan su ejecución, además de los datos que corroboran los niveles de sintomatología existente al momento; cabe señalar que para la realización de la propuesta también se contará con el apoyo de la psicóloga de la institución.

6.4. Objetivos

6.4.1. General

- Disminuir la sintomatología depresiva existente en los niños de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo.

6.4.2. Específicos.

- Aportar con información tanto a padres de familia como a maestros sobre depresión infantil.
- Fomentar la capacidad de los niños/as para identificar sus sentimientos y emociones tanto propias como ajenas.
- Otorgarle a los niños/as nuevas estrategias de afrontamiento, que le permitan lidiar con ciertas circunstancias de su vida.
- Generar mayor confianza en los niños/as sobre sí mismo y el medio exterior.

6.5. Análisis de la factibilidad.

La viabilidad de la presente propuesta se presenta de la siguiente manera:

Dentro del aspecto bio-psico-social, la presente investigación llega a ser factible, debido a que se concentra en todos los aspectos en los que interactúan los sujetos

de estudio, ya que no es posible separar lo que es producto del pensamiento, las creencias y los sentimientos de su biología y del entorno en el que se desenvuelve.

El ámbito ambiental, con el desarrollo del plan encaminado a la solución, no se ve comprometido por ningún motivo, además de contar con el espacio tanto físico como con la población para que pueda ser llevado a cabo.

La propuesta es posible gracias a la contribución que realizará la institución con gran parte de los materiales necesarios para su ejecución y el aporte de la psicóloga del plantel, además del aporte económico del investigador.

Dentro del aspecto tecnológico, se cuenta con el equipo necesario, incluyendo computador, proyector, videos, entre otros.

6.6. Sustento teórico científico de la propuesta.

La psicología como ciencia sin duda ha tenido un avance significativo en relación al sustento teórico que ha logrado con base en la necesidad de explicar el comportamiento humano, los estudios llevados a cabo en las últimas décadas en las que estarían incluidos autores como, Lewinsohn & Hops, Fitzgerald, entre otros, revelen mayoritariamente que la intervención cognitiva-conductual, es una de las más eficaces en casos de depresión, ansiedad o trastornos oposicionales. De modo que, para la ejecución de la propuesta se ha tomado en cuenta lo postulado según dichas corrientes, para cumplir el objetivo planteado.

Terapia Cognitivo-Conductual.

Aspectos Históricos

Mainieri (2008), dentro de los aspectos históricos, menciona que el origen de la psicoterapia cognitiva data hace 350 A.C al 180 D.C influenciada por la filosofía estoica, religiosa (oriental budista) y taoísta. Las ideologías que dirigía a cada una de estos movimientos, se centraban en la influencia del pensamiento sobre el hombre.

Para el desarrollo posterior de la psicoterapia cognitiva la filosofía estoica, proporcionó importantes contribuciones, misma que fue instaurada por Zenón, postulando que la vida del ser humano debe estar dirigida por la virtud, que vendría a ser el bien supremo, y el practicarla llevaría al hombre hacia la felicidad; sin embargo para alcanzarla era necesario dominar los estados emocionales intensos, es decir las pasiones que embargan al sujeto, Epicteto (100 D.C) fue quizá una de los filósofos que más contribuyó descifrando como se desarrollaban las pasiones y como dominarlas, en su obra Enchiridion menciona que la visión que se tiene sobre ciertas situaciones tiende a aturdir más que el acontecimiento en sí, en consecuencia, los pensamientos más favorables podían sustituir a los no tan favorables, generando así un cambio emocional en el individuo, ideas que en siglos posteriores fueron desarrolladas con más profundidad por Albert Ellis.

El budismo considerado que el pensamiento y los juicios valorativos obraba en la realidad del ser humano y que además le creaban sufrimiento.

Cruz (1984), sugiere que la corriente conductual se originó a finales de los cincuenta e inicios de los sesenta, en Sudáfrica, Inglaterra y Estados Unidos. Uno de los hechos más trascendentales fue el desarrollo de la terapia de conducta, que se debió básicamente a lo propuesto por Wolpe junto con Maudsley y Lazarus realizada en Sudáfrica, seguidamente la modificación conductual continuo ampliándose con Maudsley en Inglaterra en el Hospital de Londres; en Estados Unidos, la terapia conductual se encontraba ya muy avanzada, sin ser aun un campo de estudio concreto, además para ese entonces ya se habían aplicado algunas técnicas conductuales, la más importante contribución para la terapia conductual, en Estados Unidos tuvo que ver con la aplicación metódica del condicionamiento operante a comportamientos humanas importantes desde el punto de vista clínico.

Para Becoña & Oblitas (2000), los movimientos más influyentes en cuanto al origen y profundización de la terapia cognitiva-conductual en los años sesenta, han sido la filosofía griega, dirigida por Sócrates, dentro de lo que se refiere a aprendizaje social, entre los pioneros esta Bandura y finalmente Ellis y Beck con sus postulaciones sobre la influencia del pensamiento sobre la conducta.

Principios de la Terapia-Cognitiva Conductual.

Dahab, Minici & Rivadeneira (2001), consideran que la terapia cognitiva conductual se ha construido sobre cuatro pilares teóricos fundamentales; centrados en el aprendizaje clásico, operante, social y cognitivo. El aprendizaje clásico, fue propuesto por el filósofo ruso Ivan Pavlov, quien postuló tras un experimento realizado con un perro, un proceso básico de aprendizaje, mediante el cual los organismos son capaces producir una conducta previa al estímulo ambiental, Skinner señala que las conductas se aprenden, se conservan o se extinguen, dependiendo de las consecuencia que se produzcan tras realizarlas, aprendizaje que será conocido como operante; seguidamente por los años 1960, Bandura, enfatiza la importancia que tiene la imitación en el aprendizaje, señalando que el mismo, no se origina únicamente por medio de la experiencia directa y personal, también por la observación o imitación de patrones observados en otras personas, partiendo de este precedente la teórica del aprendizaje social; finalmente en relación con el aprendizaje cognitivo, se encuentra Aarón Beck y Albert Ellis que proponen la influencia del pensamiento sobre las emociones y la conducta, además de indicar que los pensamientos que gobiernan en el individuo, manifiestan la manera en la que interpreta el mundo.

Se da mucha importancia a la manera en la que individuo procesa la información como clave para entender el desarrollo y posible tratamiento psicológico, en relación a los modelos psicopatológicos plantean que la cognición son vías causales de trastornos sin excluir a otros factores que expliquen dicha alteración.

Tomás & Almenara (2008), mencionan que la terapia cognitiva-conductual (TCC), utiliza a los principios de aprendizaje para poder explicar la instauración de la conducta durante el transcurso de la infancia y la adolescencia, englobando tanto a los factores internos como externos que circulan al redor del sujeto; la TCC otorga gran importancia a los procesos del aprendizaje, principalmente al procesamiento de la información, siendo vital para la comprensión del desarrollo psicopatológico que se suscite en la persona, ya que la causa de varios trastornos se deberían a una cognición distorsionada.

Modelo cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión.

Caro (2002), señala que la terapia Cognitivo-Conductual, consta de un modelo estructural, con límite de tiempo y que además está encaminada hacia la solución, es decir se encarga de detectar y modificar las alteraciones producidas en el procesamiento de la información, mismos que se manifiestan en los trastornos depresivos.

Para Beck, Rusch, Shaw et al. (2006), en el ser humano su comportamiento está básicamente determinada por la manera de conceptualizar el mundo exterior, dichas conceptualizaciones se construyen en el individuo a partir de sus vivencias, pasando a formar parte de su estructura mental, reflejándose posteriormente en su comportamiento.

Hernández & Sánchez (2007), con respecto a la psicoterapia Cognitivo-Conductual, señalan que está compuesta por una serie de técnicas, enfocadas en el salud mental; utilizando procedimientos tanto conductuales, enfocados en la modificación o extinción de la conducta, como cognitivas, centradas en la transformación de la conducta y las emociones a través de la modificación del pensamiento automático, a su vez indican que a través del aprendizaje sobre experiencias vividas se desarrolla una conducta determinante, pudiendo ser está positiva o negativa; en resumen el propósito de la TCC, estaría dirigido a cambiar la conducta negativa por una más adaptativa, otorgándole al individuo nuevas formas de respuesta ante la situación estresante o a su vez disminuir el malestar o la conducta no deseada.

Caballo, Ellis & Lega (2002), mencionan que tanto la terapia cognitiva como la conductual, comparten postulados parecidos, mismas que se detallan a continuación.

- Los individuos tienden a responder a los hechos suscitados en el ambiente, a través de representaciones cognitivas, en lugar de responder en sí a los acontecimientos.
- El intermediario de la cognición es el aprendizaje.

- Para la TCC, la emoción, la cognición y la conducta se encuentran íntimamente relacionadas.
- La cognición puede ser registrada y evaluada en base a distintos métodos.
- La intervención en la cognición del individuo, es decir en su manera de pensar y de interpretar al mundo, transforma su conducta y su emoción.
- Para obtener los cambios requeridos en el paciente se recurre a procedimientos tanto cognitivos como conductuales.

Beck (2006), indica que la TCC, tiene como principal objetivo, identificar y contrarrestar las creencias falsas y los aspectos desadaptativos, del que es preso el sujeto. El procedimiento se basa en el aprendizaje, el cual está dirigido a instruir al individuo en las siguientes operaciones.

- Control sobre los pensamientos automáticos negativos.
- Identificación de la relación entre cognición, afecto y conducta.
- Reconocimiento de la evidencia que existe, tanto a favor como en contra de los pensamientos distorsionados que surjan en cada situación.
- Utilización de interpretaciones realistas para reemplazar cogniciones alteradas.
- Identificación de creencias falsas o absurdas.

Técnicas Cognitivas.

Para Beck (1983), las técnicas cognitivas habilitan al sujeto a reconstruir su estructura cognitiva, a través de la identificación de los pensamientos irracionales y su entendimiento en las pautas que se establecen para construir una nueva realidad que haga frente a los pensamientos distorsionados.

Técnicas Conductuales.

Beck (1983), menciona que las técnicas conductuales se centran en la conducta evidente en el sujeto, por ende la intervención surge a partir de la atención que se le presta al comportamiento, cuyo principal objetivo es modificar la conducta negativa del paciente, obteniendo como resultado conductas más adaptativas, cabe señalar que para lograr este cambio en la conducta, se trabaja directamente con sus

pensamientos es decir confrontando lo irracional, en consecuencia la persona empieza a realizar actividades o tareas que le obligan a enfrentarse con sus propias defensas.

Técnicas Cognitivas-Conductuales

La terapia cognitiva conductual nos ofrece un sin número de técnicas válidas para la depresión, sin embargo la propuesta de solución se llevara a cabo considerando solo algunas de ellas, en las que se incluirá:

- Entrenamiento en habilidades sociales
 - Role-Playing o representación.
 - Técnica del Espejo.
- Resolución de problemas
- Reforzamiento contingente
- Modelo e imitación
- Enfoques autoinstruccionales

a) Entrenamiento de habilidades sociales

Para Ajuriaguerra & Macelli (1992), las habilidades sociales corresponden a una serie de conductas emitidas por las personas en determinadas situación relacionadas con la interacción con el otro con el fin de obtener una respuesta positiva.

Boroto (2010), señala que dentro de lo que corresponde el entrenamiento de habilidades sociales, estaría basada en tres aspectos fundamentales, el primero es la instrucción directa, es decir se le instruye a la persona sobre esta habilidad, pudiendo utilizarse ejemplos o modelos que faciliten la enseñanza de la técnica, el segundo aspecto tiene que ver con la práctica de la técnica y dentro del último aspecto estaría la motivación para que utilice lo aprendido dentro de su contexto. En resumen, el entrenamiento de habilidades sociales consiste en la simulación de una situación social que causa ansiedad en el paciente, cuyo objetivo está encaminado a que la persona pueda hacerle frente a dicha situación de una manera más positiva.

– **Role-playing.**

Sarmiento (2007), define a esta técnica como aquella que otorga al sujeto mediante el ensayo de situaciones que le resultan difíciles, la posibilidad de crear alternativas mucho más asertivas, desarrolladas en un ambiente controlado y estructurado que surgen a través de la repetición, corrección y mejoramiento de conductas inapropiadas o disfuncionales.

Para Boroto (2010), menciona que el simular conductas o habilidades que generen ansiedad en el niño/a, le brinda mayor confianza para reproducirlo en un contexto real, además de mayor seguridad en sí mismo, disminuyendo su miedo al fracaso.

– **Técnica del espejo.**

Sarmiento (2007) explica que esta técnica consiste en la imitación de movimientos y gesticulaciones no verbales de otra persona, encaminada a otorgar al niño una visión sobre él a través del otro, es decir producir una auto percepción, lo que a su vez le permite conocer más sobre sí mismo y la visión que tiene el medio exterior de él.

b) Resolución de problemas.

Para Ajuriaguerra & Macelli (1992), esta técnica consiste básicamente en un entrenamiento dirigido en primera instancia en la identificación y la generación de alternativas de solución al problema que acontece al paciente, seguido de la ejecución y la evaluación de los resultados que se han obtenidos por medio de las nuevas estrategias; es decir a través de la instrucción, el modelamiento, el moldeamiento, el refuerzo y la retroalimentación.

c) Reforzamiento contingente.

El refuerzo contingente tiene que ver básicamente con el aumento del refuerzo positivo pudiendo ser este motivacional (palabras que lo aliente a seguir haciéndolo) social o material (cosas o situaciones que sean de su agrado) que el niño recibe tras emisión de alguna conducta adecuada que antes no tenía o dejó de hacer.

d) Modelo e imitación.

Ajuriaguerra & Macelli (1992), explican que esta técnica se basa en lo expuesto según Bandura es decir en el aprendizaje a través de la observación, cuya finalidad se centra en que el niño o niña sea capaz de imitar la conducta que necesita ser aprendida a través de un modelo y a su vez poder ponerla en práctica en un contexto real.

e) Restauración Cognitiva

Ajuriaguerra & Macelli (1992), señalan que la finalidad de la reestructuración cognitiva se centra en la modificación tanto de aquellos pensamientos irracionales como disfuncionales, que se suscitan en los estados depresivos desencadenando alteraciones en el procesamiento de la información, asociadas a aspectos emocionales y conductuales. Dentro de esta técnica es adecuado enseñarle al paciente la relación que tiene el pensamiento y la emoción.

f) Enfoque Autoinstruccional.

Boroto (2010), menciona que el enfoque central del enfoque autoinstruccional o de autocontrol tiene que ver con la modificación de los pensamientos internos, aquellas autodeclaraciones que llegan a gobernar el pensamiento del niño/a y por ende su conducta, es decir brindarle estrategias que le permitan obtener pensamientos más productivos y eficaces, suscitándose una confrontación entre el pensamiento y la emoción impidiendo que pueda interferir en sus alternativas de solución. En el caso de los niños esta técnica se lleva a cabo a través de frases positivas como elemento de afrontamiento.

g) Métodos “gráficos” de disputa

Caro (2011), señala que los métodos gráficos brindan información biográfica, métodos en imaginación, contar historias con moralejas, métodos visuales activos, acciones llamativas del terapeuta, canciones racionales humorísticas, reducción al absurdo.

h) La técnica de la triple columna.

La técnica dispone de varias columnas de registro. Inicialmente fue desarrollada por Beck en 1979. En el registro se suscribe la situación, emoción, pensamientos automáticos, respuesta racional y resultado. No obstante se puede modificar las columnas a voluntad siempre y cuando este clara la meta. A continuación un ejemplo.

Situación	Pensamiento	Respuesta Racional
En el trabajo, preparando un informe	No soy capaz. Mi jefe me dirá que está mal. Me despedirán	Todavía no lo he acabado. Si me concentro y veo otros informes bien hechos, es posible que no quede tan mal.

Esquema del desarrollo de los talleres a través de técnicas cognitivas-conductuales.

Dentro de la práctica clínica para la depresión, se han establecido distintos modelos terapéuticos, encaminados hacia la solución, considerando que la TCC se construye basándose en el hecho de que los pensamientos interfieren directamente en la conducta y la emoción; la propuesta de solución se llevará a cabo utilizando las distintas técnicas que estas corrientes ofrecen para solucionar la problemática encontrada.

La propuesta de solución se llevará a cabo a través de cinco fases, con un total de 19 talleres distribuidos en cada fase, los cuales han sido consideradas en base a los resultados obtenidos tras la aplicación del CDI, tomando en cuenta las dos dimensiones que evalúa dicho instrumento (disforia y autorechazo), el ánimo disfórico alcanzó porcentajes mayoritarios en la población, este criterio se encuentra relacionado con la expresión o muestra de tristeza, soledad, o desdicha, que se manifiesta por cambios en el estado de ánimo, humor irritable, llanto fácil, actitud negativista, en consideración de lo mencionado el plan de intervención se realizará en consideración de lo siguiente.

La primera fase se llevará a cabo a través de psicoeducación con el fin de socializar los datos obtenidos y las conceptualizaciones pertinentes que faciliten la solución de la problemática encontrada, esta primera fase estará dirigida para los padres de familia, los docentes y el alumnado, las fases posteriores estarán elaboradas para los niños/as de la institución; la segunda fase estará encaminada a que los niños/as sean capaces de identificar el poder que pueden llegar a tener los pensamientos irracionales sobre sus emociones y a desarrollar nuevas estrategias para enfrentarlos; la tercera fase se concentrará en los sentimientos, el objetivo principal es que los participantes puedan reconocer cuáles son sus sentimientos frente a distintas situaciones; la cuarta fase trabajará con las relaciones interpersonales ya que el ser capaz de mantener mejores relaciones genera mayor confianza en el otro y el medio exterior, además de que en la depresión el relacionarse con otras personas es un aspecto que se encuentra alterado por lo que quien padece de la

enfermedad prefiere aislarse, en la última fase se hará una retroalimentación con los padres de familia, los docentes y el alumnado y finalmente se evaluará si se consiguió el objetivo establecido.

Cabe señalar que el diseño de los talleres fue hecho tomando en cuenta una población de 30 niños, es decir que primero será ejecutado a nivel micro para después ser replicado dependiendo de su efectividad.

FASE I

PSICOEDUCACIÓN

Objetivo: Brindar información actualizada al personal docente de la Institución y padres de familia sobre la problemática encontrada.

- **Taller:** N° 1
- **Tema:** Lo que sabemos, puede ayudarnos.
- **Participantes:**
 - Personal Docente de la Institución “Centro Educativo Manuela Espejo”
 - Padres de familia
- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales**
 - Power Point
 - Videos
 - Micrófono
 - Parlantes
 - Computador
 - Proyector
 - Auditorio de la institución.

- **Actividad.**
- **Encuadre**

El encuadre se realizará a modo de conferencia, con el fin de dar a conocer los índices de depresión infantil encontrados en la investigación, además de incluir algunos aspectos citados en el marco teórico, los temas a tratarse serán:

- Datos Estadísticos
- Depresión Infantil
- Síntomas
- Causas y consecuencias
- Alternativas de solución.

- **Taller:** N°2
- **Tema:** Lo que sabemos, puede ayudarnos.
- **Participantes:**
 - Niños y niñas pertenecientes a la institución educativa.
- **Tiempo Estimado:** 1 hora
- **Materiales**
 - Power Point
 - Videos
 - Computador
 - Proyector
 - Auditorio de la institución.
 - Micrófono
 - Parlantes
- **Actividad.**
- **Encuadre**
 1. Se realizaran exposiciones a través de videos e imágenes que expliquen:
 - ¿Qué son las emociones?
 - ¿Cómo nuestros pensamientos afectan a nuestro estado de ánimo?
 - Importante de la expresión emocional
 2. Dinámica de finalización.

FASE II

MIS PENSAMIENTOS

FASE 2.1

Objetivo: Identificación de la relación entre cognición, las emociones y la conducta.

- **Taller:** N° 3
- **Tema:** La caja armónica.
- **Participantes.**
Los niñas y niños de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.
- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales:**
 - Imagen didáctica.

Actividades.

1. Presentación de una imagen para explicar la relación entre cognición y emoción.

Para esta actividad se utilizará una imagen que se ha demostrado útil para explicar al paciente la relación entre las emociones y las cogniciones.

Caro (2011), en su libro indica que dicha imagen es útil y ha comprobado su efectividad en pacientes con habilidades de comprensión poco desarrolladas. A continuación se detalla el procedimiento.

Primero se le presentará al niño la imagen expuesta en el libro de Caro en la que aparecen dos figuras una A y una B. La figura A es una persona que tiene un teclado en su estómago que está conectado a su cabeza donde se encuentra su cognición y tiene expresión de felicidad; la figura B tiene el mismo teclado en su estómago pero no se encuentra conectado con su cognición, su expresión es de desconcierto y tristeza.

2. Interpretación de la imagen didáctica.

Una vez se haya presentado la imagen se procede a los niños explicar lo siguiente:

Todos nacemos con un instrumento de cognición y uno de emoción (es necesario aquí señalar en el dibujo la cabeza de la persona “A” como las cogniciones y el teclado de la persona “B” como las emociones). Sin embargo cuando nacemos estos instrumentos no se encuentran afinados, la afinación de estos instrumentos se desarrolla con la ayuda de nuestros progenitores o de quienes nos cuidan durante la infancia. Cuando el tono del instrumento es perfecto es porque existe armonía entre el instrumento de cognición y emoción como en el sujeto “A”, que muestra estar seguro y feliz porque confía en que su instrumento lo guiara con seguridad a lo largo de su vida. En la persona “B” en cambio no se produce armonía entre los instrumentos, sus instrumentos están en desarmonía ya que decidió apagar uno de ellos, en su caso el instrumento de la emoción; la persona B ahora trata de seguir un solo instrumento es decir a su cognición, lo que hace que realice ciertas cosas que hacen los otros sin prestar atención a sus sentimientos, empezando a sentir cierto vacío y desinterés

3. Conclusión de la imagen e historia presentada.

La finalidad de esta actividad será que los niños y niñas puedan ser capaces de reconocer la importancia que tienen los pensamientos y las emociones sobre la conducta que adquieren en la vida cotidiana.

4. Dinámica de Cierre.

Gira a la tortuga.

- **Taller:** N° 4
- **Tema:** Mis pensamientos influyen en mi estado de ánimo.
- **Participantes.**

Los niñas y niños de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.

- **Tiempo Estimado:** 1 hora.

- **Materiales:**
 - Cuento de la tristeza.

Actividades.

1. Ayudemos a la tristeza.

Para esta actividad se utilizará un cuento sobre la tristeza, en la que se introducirán los pensamientos que tiene una persona cuando está triste, el objetivo de la actividad es que los niños puedan identificar estos pensamientos y cambien esos pensamientos por otros, de modo que la tristeza pueda cambiar a alegría.

2. Socialización de la actividad.

Dentro de este aspecto se les explicará a los niños como los pensamientos interfieren en su estado de ánimo.

3. Dinámica de Cierre.

Una lluvia de abrazos

FASE 2.2.

Objetivo. Identificación de creencias absurdas o irracionales.

- **Taller:** N° 5
- **Tema:** Cuestionando mis pensamientos
- **Participantes.**

Los niñas y niños de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.
- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales:**
 - Power Point
 - Proyector
 - Cuento “La vaca loca”

Actividades.

1. Explicación sobre que son los pensamientos irracionales

En esta primera actividad se explicará a los niños que son los pensamientos irracionales, se utilizarán videos y medios audiovisuales didácticos que permitan la comprensión de los participantes.

2. Identificación en el cuento “La vaca loca” los pensamientos irracionales.

Con la finalidad de reforzar la primera actividad se presentará ante los niños el cuento “La vaca loca” en la que estarán inmersos pensamientos irracionales con la finalidad que el niño sean capaces de identificarlos.

3. Conclusiones

Una vez realizada ambas actividades se socializará las conclusiones a las que se llegaron los participantes.

4. Dinámica de cierre.

- **Taller:** N° 6
- **Tema:** Cuestionando mis pensamientos
- **Participantes.**

Los niñas y niños de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.

- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales:**
 - Cuadro comparativo de coste-beneficio
 - Lápices

Actividades.

1. Coste-beneficio de una creencia irracional (cuadro comparativo)

Para esta actividad se utilizará un cuadro comparativo de coste-beneficio en el que se incluirán las ventajas y las desventajas de creencias irracionales (dadas por el moderador).

Ventajas	Desventajas
Creencia Irracional	

2. Socialización.

Para una mejor retroalimentación es necesario una socialización con el grupo sobre la actividad realizada.

3. Dinámica de Cierre

La telaraña

- **Taller:** N° 7
- **Tema:** Evaluando mis pensamientos
- **Participantes.**
Los niñas y niños de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.
- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales:**
 - Cuadro comparativo de coste-beneficio
 - Lápices

Actividades.

1. Cuadro comparativo con creencia irracional de un suceso reciente.

Esta actividad pretende evaluar la eficacia del cuadro comparativo coste-beneficio en el que se incluirán las ventajas y las desventajas de creencias irracionales, dichas

creencias a diferencia del anterior cuadro comparativo serán pensamientos suscitados en su vida cotidiana.

2. Socialización.

La socialización es importante para verificar si tanto el objetivo general como los específicos se van cumpliendo a medida que avanzan los talleres.

3. Dinámica de Cierre.

Atrapa a la tortuga.

FASE 2.3

Objetivo: Control sobre los pensamientos automáticos negativos.

- **Taller:** N° 8
- **Tema:** Cambiando mis pensamientos.
- **Participantes.**
Los niñas y niñas de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.
- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales:**
 - Cartillas con situaciones.
 - Cuento “La tortuga no quería ir a la escuela”
 - Lápices.
 - Caritas tristes y felices.

Actividades.

1. La tortuga no quería ir a la escuela.

En esta actividad se preparará un cuento que represente situaciones parecidas a las que viven los niños. Una vez culminado el cuento se les dará una cartilla que incluye la situación por la que pasa la tortuga algunos de sus pensamientos, los niños

deberán completarla y poner una carita feliz en aquellos pensamientos que hacen feliz a la tortuga y una carita triste en aquellos que le produzcan tristeza.

2. Ayudando a la tortuga

Se les entrega las cartillas a los niños junto con las caritas felices y tristes.

Situación	Pensamiento	Como se siente	Nuevo Pensamiento	Como se siente
No puedo matemáticas	Soy un tonto			
Saque una mala nota	Jamás hago las cosas bien		Me esforzaré más la próxima vez.	
Un niño me molesta	Lo hace por soy feo			

3. Socialización de la actividad.

En esta parte se les preguntará a los niños que tan fácil fue ayudar a la tortuga y como se sintieron haciéndolo,

4. Dinámica de cierre.

El abrazo de la mariposa.

- **Taller:** N°9
- **Tema:** Manejo mis pensamientos.
- **Participantes.**

Los niñas y niños de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.

- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales:**

- Semáforo didáctico

Actividades.

1. El semáforo.

En esta actividad se le enseñara al niño con la ayuda de un semáforo como manejar sus pensamientos irracionales. Consiste en entrenar al niño para que sus pensamientos sean modulados a manera de un semáforo y ocupe este método cuando sienta que algo le está ocasionando tristeza es decir:

Luz roja: Indica ALTO, se le motiva al niño a evaluar si el pensamiento que surge en alguna situación que lo pone triste es totalmente cierto.

Luz amarilla: En este color el niño debe buscar pensamientos más positivos para enfrentar la situación incómoda.

Luz verde: Esta luz el niño debe adueñarse del pensamiento positivo y evaluar cómo se siente ahora.

2. Socialización y práctica de la actividad el semáforo.

Para esto se utilizará distintas situaciones y se ejercitará su trabajo con el semáforo. Además de socializar sobre lo aprendido a través de la actividad.

3. Dinámica de Cierre.

¿Un qué?

FASE 2.4

Objetivo: Utilización de recursos para remplazar cogniciones alteradas.

- **Taller:** N° 10
- **Tema:** Confrontando mis pensamientos
- **Participantes.**

Los niñas y niñas de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.

- **Tiempo Estimado:** 1 hora.

▪ **Materiales:**

- Tarjetas con pensamientos positivos
- Tijeras
- Cartulinas
- Goma
- Material de decoración (lazos, pegatinas)
- Fomix

Actividades.

1. Buscando el tesoro.

En esta actividad se realizará en grupos conformados por 7 niños, cada grupo contará con varias frases positivas y negativas que tendrán que recortar y decorar, una vez hecho esto elaboraran un cofre en la que introducirán únicamente las frases positivas, el cofre deberá tener colores muy llamativos y alegres, las frases negativas que encuentren serán depositadas en un cofre negro.

Frases autoinstruccionales.

A veces puedo tener peleas con mi hermano, pero eso no significa que no me quiera.	Soy bueno aprendiendo nuevas canciones, aunque no entienda lo que dicen.
Soy bueno haciendo reír a otras personas y haciéndoles escuchar cuando toco la guitarra	Equivocarme es totalmente normal y no significa que soy tonto.

2. Socialización y utilización de las tarjetas.

Para que esta actividad pueda ser llevada a cabo se pedirá la colaboración de los maestros y padres de familia ya que el cofre que ha sido elaborado por los niños debe ser colocado en el aula de clases con el fin de que el niño pueda hacer uso de esas frases cada vez que lo necesite.

3. Dinámica de cierre.

El inquilino

- **Taller:** N° 11
- **Tema:** Retroalimentación.
- **Participantes.**
Los niñas y niños de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.
- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales:**
 - Power Point

FASE III

MIS EMOCIONES

Objetivo: Ayudar a los niños y niñas a reconocer e identificar sus emociones.

- **Taller:** N° 12
- **Tema:** Como soy yo
- **Participantes.**
Los niñas y niños de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.
- **Tiempo Estimado:** 1 hora
- **Materiales:**
Hojas en blanco
Lápices

Actividad.

1. Dibujándome

En esta primera actividad se le pedirá a los niños/as que realicen un dibujo de sí mismos, con las siguientes consignas.

- Describe quien eres
- Que me hace feliz
- Que me pone triste

2. Cuestionario

Para la segunda actividad se utilizará un cuestionario aplicado de manera grupal a los participantes, con la finalidad de que permitan conocer más sobre los estudiantes y las situaciones que les ocasionan tristeza.

3. Dinámica de cierre.

La tempestad.

- **Taller:** N° 12
- **Tema:** Los colores que hay en mi
- **Participantes.**
Los niñas y niños de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.
- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales:**
 - Papel celofán de varios colores.
 - Cartulina
 - Tijeras
 - Goma

Actividades:

1. Buscando el Tesoro.

En esta primera actividad se trabajará con cuatro emociones, la tristeza, la alegría, el miedo y la ira, para lo cual se le pedirá al niño que le ponga el color que el desee a cada emoción utilizando el papel celofán, ningún compañero deberá saber qué color utilizó para cada emoción, después se le pedirá que con la cartulina construya un cofre o una caja para que guarde ahí sus emociones.

Una vez realizado esto, se le pedirá que incluya otras emociones que ellos experimenten y que también les dé un color.

Se les coloca en grupos máximo de cuatro personas y se les pide abrir sus cofres, sin mencionar el color que le dieron a cada emoción, sus compañeros deberán adivinar el color que tiene cada emoción y cada vez que acierten sacaran una emoción del cofre y la entregaran a aquel que haya adivinado.

2. Socialización de la actividad “Buscando el tesoro”

En esta segunda actividad se les preguntará a los niños como se sintieron con la actividad y que es lo que aprendieron, se le explicará a los participantes lo importante que es compartir con otras personas sus emociones; utilizando como

ejemplo la actividad se les hará ver que las personas son como un cofre que guarda un gran tesoro, como los son sus emociones, pero si el cofre no es abierto nadie podrá saber lo que hay dentro.

3. Dinámica de cierre.

El escudo.

- **Taller:** N° 13
- **Tema:** Reconociendo los sentimientos de otros.
- **Participantes.**
Los niñas y niños de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.
- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales:**
 - Video de situación emocional
 - Cartulina
 - Revistas viejas.
 - Goma
 - Tijeras

Actividades:

1. Collage de emociones.

En esta actividad se les pasara un video a los niños referentes alguna situación que involucre un niño que experimenta una amplia gama de sentimientos, después se les pedirá que usando una revista recorten y peguen a manera de collage las emociones vistas en el video.

2. Socialización del Collage.

Cada niño debe socializar su collage, mostrando por medio del mismo todo lo que observo en el video, después se les explicará lo importante que es reconocer las emociones de otras personas.

3. Dinámica de Cierre.

Abrazos musicales cooperativos.

- **Taller:** N° 14
- **Tema:** Reconociendo los sentimientos de otros.
- **Participantes.** Los niñas y niñas de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.
- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales:**
 - Cartillas de situaciones

Actividades:

1. Técnica del Espejo.

Para el desarrollo de esta actividad se utilizará cartillas que tengan distintas situaciones, por ejemplo (una baja calificación en la escuela) se armaran grupos de dos personas, el moderador le dará 5 cartillas a cada grupo, la actividad consiste en que cada grupo represente la situación con movimientos y gesticulaciones denotando la emoción que le genera dicha situación el grupo contrario intentará imitar dichas representaciones adivinando la emoción representada.

2. Socialización de la actividad.

En este punto se les pedirá expresar como se sintieron realizando la actividad, además se habla sobre lo difícil que puede llegar a ser reconocer las emociones de otras personas si no son expresadas de forma clara.

3. Dinámica de cierre

El canasto de emociones.

FASE IV

MIS RELACIONES CON LOS DEMÁS

Objetivo: Otorga al niño mayor confianza para relacionarse con los demás sin temor al rechazo.

Técnicas: Role-Playing o representación y Modelo e imitación

- **Taller:** N° 15
- **Tema:** Mejores relaciones mejores emociones
- **Participantes.**
Los niñas y niños de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.
- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales:**
 - Disfraces
 - Guion de obra teatral corta
 - Videocámara

Actividades.

1. El principito

Para esta actividad se realizará una adaptación del cuento El principito, en primera instancia el cuento será dramatizado por el moderador junto con otros colaboradores, las modificaciones del cuento se enfocarán en las relaciones interpersonales. Después se les pedirá a los niños que repacen la obra teatral y se presenten frente a sus compañeros, para esto se les grabara para después exponer cada video y ver dónde están sus fallas e indicarle como corregirlas.

2. Socialización y repaso de obra teatral.

En esta fase se seguirá corrigiendo errores relacionado con su manera de socializar basándose en la obra teatral representada, además en esta cuarta fase se llevaran

tres talleres dirigidos al adiestramiento de habilidades sociales por medio de la obra de teatro, además de motivarlos a poner en práctica lo aprendido en su contexto.

3. Dinámica de Cierre.

Relevos del cangrejo

FASE V

RETROALIMENTACIÓN Y EVALUACIÓN

Objetivo: Determinar si los talleres cumplieron con el objetivo planteado.

- **Taller:** N° 16
- **Tema:** Los cambios que realizo pueden ayudar
- **Participantes:**
 - Personal Docente de la Institución “Centro Educativo Manuela Espejo”
 - Padres de familia
- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales**
 - Power Point
 - Videos
 - Micrófono
 - Parlantes
 - Computador
 - Proyector
 - Auditorio de la institución.

Actividades:

1. Concientización.

Esta fase está encaminada a concientización de los padres y maestros sobre la importancia que tiene el brindar mayor apoyo emocional a los niños/as como parte de un desarrollo emocional, escolar y social adecuado.

2. Estrategias a desarrollarse en espacios escolares y dentro de la familia.

En este segundo punto se les pedirá tanto a padres de familia como maestros utilicen el refuerzo de contingencias que consiste en el aumento del refuerzo positivo pudiendo ser este motivacional (palabras que lo aliente a seguir haciéndolo) social

o material (cosas o situaciones que sean de sea de su agrado) que el niño recibe tras emisión de alguna conducta adecuada que antes no tenía o dejó de hacer.

3. Video

El video mostrará cifras de la depresión infantil en el mundo, además de las consecuencias.

- **Taller:** N° 17
- **Tema:** Puedo expresar lo que siento
- **Participantes.**

Los niñas y niños de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.

Padres de familia

Personal docente.

- **Tiempo Estimado:** 2 horas.
- **Materiales:**
 - Disfraces
 - Auditorio de la institución.
 - Escenografía
 - Parlantes
 - Micrófono
 - Dibujo de mariposas.

Actividades.

1. Presentación de obra teatral. “El principito”

Aquí se llevará a cabo la presentación de la obra teatral “El principito” estructurada en el la fase número cuatro, además del ensayo de habilidades interpersonales se implantará situaciones que los niños llegan a vivir en sus hogares y en el espacio escolar, con el objetivo de que los padres y el personal docente pueda observar cual es la situación real de sus hijos y alumnos.

2. Tú eres valioso para mí.

Una vez concluida la presentación teatral, se les entregará tanto a padres de familia como a maestros una hoja con el dibujo de una mariposa en el que tendrán que escribir por que su hijo y alumno es valioso para él, los niños escribirán porque para ellos sus padres son valiosos.

3. Intercambio

Para finalizar los niños y maestros intercambiaran sus dibujos.

- **Taller:** N° 18
- **Tema:** Evaluación
- **Participantes.**
Los niñas y niñas de cuarto a sexto de E.G.B del Centro Educativo Manuela Espejo.
- **Tiempo Estimado:** 1 hora.
- **Materiales:**
 - Inventario CDI
 - Lápices

Actividades.

1. Evaluación por medio del CDI

Dentro de este punto se volverá a evaluar a los niños con el instrumento que se utilizó para la investigación para corroborar si los niveles de depresión disminuyeron.

2. Dinámica de cierre y despedida.

Gotas de agua.

6.7. Modelo Operativo

Conceptualización-ejecución de técnicas-evaluación

ETAPA	TALLERES	TEMA	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Fase I Psicoeducación OBJETIVO: Brindar información actualizada al personal docente de la instrucción y padres de familia sobre la problemática encontrada.	Taller N° 1 Participantes: Padres de Familia Maestros	Lo que sabemos, puede ayudarnos.	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadre • Presentación de quien dirige el taller • Presentación de temas: <ul style="list-style-type: none"> – Datos Estadísticos CDI – Depresión Infantil – Síntomas – Causas y consecuencias – Alternativas de solución 	<ul style="list-style-type: none"> • Power Point • Videos • Micrófono • Parlantes • Computador • Proyector • Auditorio de la institución. 	Carmen Santana	1 hora
	Taller N° 2 Participantes: Niños y niñas de cuarto a sexto de E.G.B.	Lo que sabemos, puede ayudarnos.	<ul style="list-style-type: none"> • Encuadre • Temas: <ul style="list-style-type: none"> – Que son las emociones. – Como nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo • Explicación sobre los talleres que se llevarán a cabo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Power Point • Videos • Parlantes • Computador • Proyector • Auditorio de la institución. 	Carmen Santana	1 hora

			<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica de finalización. 			
<p align="center">Fase II</p> <p>Mis Pensamientos</p>	<p>Fase 2.1.</p> <p>OBJETIVO</p> <p>Identificar la relación entre la cognición, la emoción y la conducta</p>	<p>Taller N° 3</p> <p>La caja armónica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de imagen didáctica. • Interpretación de imagen • Conclusiones • Dibujo como dinámica de cierre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas en blanco • Lápices. • Colores • Imagen didáctica elaborada en paleógrafo. 	Carmen Santana	1 hora
		<p>Taller N° 4</p> <p>Mis pensamientos influyen en mi estado de ánimo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuento “La tristeza” • Socialización • Dinámica de cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuento la tristeza 	Carmen Santana	1 hora
	<p>Fase 2.2.</p> <p>OBJETIVO.</p> <p>Identificación de creencias absurdas o irracionales.</p>	<p>Taller N° 5</p> <p>Cuestionando mis pensamientos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación sobre que son los pensamientos irracionales • Identificación en el cuento “La vaca loca” los pensamientos irracionales • Conclusiones • Dinámica de cierre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Power Point • Proyector • Cuento “La vaca loca” 	Carmen Santana	1 hora

<p style="text-align: center;">FASE II</p> <p>Mis pensamientos</p>		<p>Taller N° 6</p> <p>Cuestionando mis pensamientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coste-beneficio de una creencia irracional (cuadro comparativo) • Socialización. • Dinámica de Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro comparativo de coste-beneficio • Lápices 	Carmen Santana	1 hora
		<p>Taller N° 7</p> <p>Evaluando mis pensamientos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro comparativo con creencia irracional de un suceso reciente • Socialización. • Dinámica de Cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro comparativo de coste-beneficio • Lápices 	Carmen Santana	1 hora
	<p>Fase 2.3.</p> <p>Control sobre los pensamientos automáticos negativos.</p>	<p>Taller N° 8</p> <p>Cambiando mis pensamientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La tortuga no quería ir a la escuela • Ayudando a la tortuga (Técnica la triple columna) • Socialización • Dinámica de cierre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartillas con situaciones. (Técnica la triple columna) • Cuento “La tortuga no quería ir a la escuela” • Lápices. 	Carmen Santana	1 horas

		Taller N° 9 Manejo mis pensamientos	<ul style="list-style-type: none"> • El semáforo • Socialización y práctica de la actividad el semáforo • Dinámica de cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Semáforo didáctico. 	Carmen Santana	1 hora
Fase 2.4 Objetivo Utilización recursos para reemplazar cogniciones alteradas.		Taller N° 10 Confrontando mis pensamientos	<ul style="list-style-type: none"> • Creando un tesoro. (Elaboración de tarjetas autoinstruccionales) • Socialización y utilización de las tarjetas • Colocación del tesoro en el aula de clases • Dinámica de cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas con pensamientos positivos • Tijeras • Cartulina • Goma • Material de decoración. 	Carmen Santana	1 hora
		Taller N° 11	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación • Dinamia de cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Power Point • Proyector 	Carmen Santana	45 minutos

Fase III Mis Emociones OBJETIVO Ayudar a los niños y niñas a reconocer e identificar sus emociones.	Taller N° 12	Como soy yo	<ul style="list-style-type: none"> • Dibujándome • Cuestionario • Dinámica de cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas en blanco • Lápices. 	Carmen Santana	1 horas
	Taller N° 13	Los colores que hay en mí.	<ul style="list-style-type: none"> • Buscando el tesoro • Socialización • Dinámica de cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel celofán de varios colores • Cartulina • Tijeras • Goma 	Carmen Santana	1 hora
	Taller N° 14	Reconociendo los sentimientos de otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Collage de emociones • Socialización • Dinámica de cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Video de situación emocional. • Revistas Viejas • Cartulinas • Tijeras • Goma 	Carmen Santana	1 hora
	Taller N° 15	Reconociendo los sentimientos de otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Tecina del Espejo • Socialización • Dinámica de cierre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartillas de situaciones 	Carmen Santana	1 hora

<p>FASE IV</p> <p>Mis relaciones con los demás</p> <p>OBJETIVO: Otorga al niño mayor confianza para relacionarse con los demás sin temor al rechazo.</p> <p>Tiempo: 3 talleres</p>	<p>Taller N° 16</p> <p>Técnica:</p> <p>Role-Playing o representación y Modelo e imitación</p>	<p>Mejores relaciones mejores emociones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obra el principito • Socialización y repaso de obra teatral • Grabación de actividad Dinámica de cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfraces • Guion de obra teatral corta • Videocámara 	<p>Carmen Santana</p>	<p>1 hora</p>
<p>FASE V</p> <p>Retroalimentación y Evaluación</p> <p>OBJETIVO</p> <p>Determinar si los talleres cumplieron con el objetivo planteado.</p>	<p>Taller N° 17</p>	<p>Los cambios que realizo pueden ayudar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concientización. • Estrategias a desarrollarse en espacios escolares y dentro de la familia. • Instrucción sobre la técnica refuerzo de contingencias. • Video 	<ul style="list-style-type: none"> • Power Point • Videos • Micrófono • Parlantes • Computador • Proyector • Auditorio de la institución. 	<p>Carmen Santana</p>	<p>1 hora</p>

	Taller N° 18	Puedo expresar lo que siento.	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de obra teatral “El principito” • Tu eres valioso para mi • Intercambio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfraces • Auditorio de la institución • Escenografía • Parlantes • Micrófono • Dibujo de mariposa. 	Carmen Santana	2 horas
	Taller N° 19	Evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de CDI • Dinámica de cierre y despedida. 	<ul style="list-style-type: none"> • CDI • Lápices 	Carmen Santana	1 hora

Tabla 12. Modelo Operativo.

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

6.8. Administración de la Propuesta

6.8.1. Recursos

- **Recursos Institucionales**

Auditorio de la Institución “Centro Educativo Manuela Espejo”

Proyector

Computador

Parlantes

Micrófono

- **Recursos Humanos**

Investigadora: Carmen Santana

Tutora: Ps.Cl. Fernanda Flores

Personal de Apoyo: Psicóloga de la Institución.

- **Recursos Físicos**

Recursos Bibliográficos

Computadora

Material de oficina

Material didáctico

Test Psicológicos

Videocámara

6.9. Presupuesto

Rubro	Unidad	Valor Unitario	Valor Total
Recurso Humano	0.00	0.00	0.00
Personal de apoyo	0.00	0.00	0.00
Subtotal	0.00	0.00	0.00
Recursos Físicos	0.00	0.00	0.00
Videocámara	1	100.00	250.00
Fomix	100	0.25	25,00
Cartulina	50	0.10	5,00
Memory Flash	1	15,00	15,00
Impresiones	30	0,50	20,00
Copias	200	0.02	5,00
Lápices	40	0.50	20,00
Pegatinas	100	0.30	30.00
Internet	1	25.00	25.00
Papel Celofán	50	0.20	10.00
Goma	20	1.00	20.00
Tijeras	30	1.00	30.00
Revistas Viejas	50	0.60	30.00
TOTAL			485.00

Tabla 13. Presupuesto.

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

6.10. Cronograma

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Actividades	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	ENR	
Aprobación y asignación de tutor																	
Desarrollo de Proyecto																	
Aplicación, calificación y tabulación de los instrumentos.																	
Conclusión, propuesta y culminación de proyecto de investigación																	
Tramitación para designación de calificadores																	
Informe final y defensa del proyecto e investigación																	

Gráfico 10. Cronograma

Fuente: Depresión y su influencia en la Maduración Visomotriz en los estudiantes de cuarto a sexto año de educación básica de la Unidad Educativa Manuela Espejo de la ciudad de Ambato

Elaborado por: Santana C. (2016)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Abad, S., Brusasca, M. C., & Labiano, L. M. (2009). Neuropsicología infantil y educación especial. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11(1), 199-216.
- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1992). *Manual de Psicopatología del niño* (2da ed.). Barcelona, España: Masson.
- Alcántara, D. (2008). Depresión Infantil. *Revista Digital de Innovación y experiencias educativas*(45).
- Alonso, A. (2011). Maduración neuropsicológica en niños de nivel inicial. San Juan.
- Álvarez, M., Becerra, M., & Meneces, F. (2004). Social and affective development in children of first grade-basic cycle. *Seminario de tesis, Facultad de Educación Universidad Mayor de Santiago*. Santiago.
- Ardilla, A., Matute, E., & Rosselli, M. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México, D.F.: El manual Modernos, S.A de C.V.
- Arieti, S., & Bemporad, J. (1990). *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós.
- Atehortúa, L., Gaviria, A., Martínez, P., Quiceno, J., & Vinaccia, S. (Diciembre de 2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años de oriente antioqueño a partir del "child depression inventory" -CDI-. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2).
- Ávila, A., & Martínez, Á. (2010). Neuropsicología del desarrollo: Detección e intervención de trastornos en la infancia. *Revista Iberoamericana de psicología: Ciencia y tecnología*, 3(2), 59-68.
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.

- Beck, A. (2006). *Terapia Cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Rusch, J., Shaw, B., & Emery, G. (2006). *Terapia Cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Becoña, E., & Oblitas, L. (2000). Terapia cognitivo-conductual: Antecedentes técnicas. *VERITAS*, 49-65.
- Becoña, E., Muñoz, R., & Vázquez, F. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- Bella, M., Fernández, R., & Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Arch Argent Pediatr*, 108(2), 124-129.
- Bemporad, J. (1990). Sintomatología manifiesta de la depresión en niños y adolescentes. En S. Arieti, & J. Bemporad, *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós.
- Bernaras, E., Cueva, C., Jaureguizar, J., Ibabe, I., & Soroa, M. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 9(1).
- Berrios, G. (1989). Descripción cuantitativa y fenómenos psicopatológicos. En J. Guimón, J. E. Mezzich, & G. Berrio, *Diagnóstico en psiquiatría* (págs. 16-19). Barcelona: Salvat.
- Bucher, H. (1973). *Trastornos psicomotores en el niño. Práctica de la educación psicomotriz*. Barcelona: Toray-Masson .
- Bulbena, A. (1988). Psicopatología de la afectividad. En J. Vallejo, *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (págs. 221-236). Barcelona: Masson.
- Caballo, V., Lega, L., & Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Paidós.

- Cabrera, L. (1996). La depresión infantil en la población escolar de la isla de Lanzarote. *Servicio de Publicaciones Universidad de la Laguna*.
- Calderón, L., & Barrera, M. (Septiembre de 2013). Comparación del Perfil Neuropsicológico en una muestra de niños, niñas y adolescentes con y sin sintomatología depresiva. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 362.
- Caro, I. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. España: Paidós.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A. .
- Cova, F., Aburto, B., Sepúlveda, M., & Silva, M. (2006). Potencialidades y Obstáculos de la Prevención en niños y adolescentes. *Psyque*, 57-65.
- Crespo, J. (2011). *Psicopatología de la Afectividad*. España: Elsevier S.L.
- Cruz, J. (1984). Breve historia de la modificación y terapia de conducta en España. *Anuario de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona*, 1(2), 1-28.
- Cruz, M. S., Garaigordobil, M., & Maganto, C. (2001). Análisis evolutivo de la coordinación visomotora y sus relaciones con la inteligencia, estilo cognitivo y atención. *REOP*, 12(21), 73-88.
- Dahab, J., Minici, A., & Rivadeneira, C. (2001). ¿ Qué es la Terapia Cognitiva Conductual? *Revista de terapia cognitiva conductual*(1), 1-6. Obtenido de www.revista.cognitivoconductual.org
- Del Barrio, V., Frías, D., García, R., & Mestre, V. (1992). Estructura familiar y depresión infantil. *Anuario de Psicología*, 121-131.
- Díaz, B., & González, C. (2012). Actualidades en neurobiología de la depresión. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría* , 11(3), 106-115.
- Diccionario Filosófico- Pedagógico. (1997).

- Dimitrakaki, C., Giannakopoulos, G., Kazantzi, M., Kolaitis, G., Tountas, Y., & Tsiantis, J. (2009). Detección de los síntomas de depresión de los niños en Grecia: el uso del Inventario de Depresión Infantil en una muestra basada en la escuela en todo el país. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(8), 485-492.
- DSM-IV. (2000). Trastornos del Estado de Ánimo. En A. P. Association, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pág. 323). Barcelona, Barcelona: Masson, S. A.
- Emilien, C., Penasse, C., & Waltregny, A. (2000). Deterioro cognitivo en los trastornos depresivos. Evaluación neuropsicológica de la memoria y trastornos conductuales. *Revista de Toxicomanías*, 3-33.
- Esparza, N., & Rodríguez, M. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Revistadiv*.
- Espinoza, K. (2012). *Depresión Infantil y el Desarrollo Emocional de los Niños del Proyecto Comunitario "Juntos Caminemos", Unidad de Atención Personitas del Mañana, Parroquia San Cristóbal Periodo 2011-2012*. Obtenido de Universidad de Cuenca.
- Fan, J., Gu, H., Yang, L., Wang, W., & J. Du, J. (2011). Prevalencia de los trastornos depresivos en niños de 8 y 12 años de Shangai. *The Journal of the European Psychiatric Association*, 26, 623.
- Federación Mundial de Salud Mental. (2010). Perspectivas Internacionales sobre Depresión. *Lo que sabes, puede ayudarte*. Obtenido de www.wfmh.org
- Hall, V. (2003). Depresión, Fisiopatología y Tratamiento. *CIMED*.
- Henao, J. L., & Camacho, M. (Julio-diciembre de 2010). Prevalencia de disfunciones visomotoras y visoperceptuales en niños entre cinco y nueve años de colegios de las localidades de Fontibón, Puente Aranda y Usaquén. *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 8(2), 31-41.

- Hernández, N. &. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. México: Libros en red.
- Hoyos, E., Lemos, M., & Torres, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121.
- Juárez, N., Sandoval, M., Urbina, C., Villaseñor, S., & Zúñiga, A. (10 de Noviembre de 2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria UNAM*, 6(11), 1-14.
- Kaslow, N., & Wamboldt, F. (1985). Childhood depression: current perspectives and future directions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3(4), 416-429.
- Klein, M. (1952). *El desarrollo temprano de a conciencia del niño*. Buenos Aires : Paidós.
- Koppitz, E. (1981). El sistema de puntuacion de la Escala de Maduración del Test de Bender. En E. Koppitz, *El test gúestáltico de Bender Investigación y aplicación 1963-1973* (pág. 37). Barcelona: oikos-tau,s.a.
- Koppitz, E. (1981). *El tesl gúestáltico de Bender. Investigación y aplicación 1963-1973*. Barcelona: oikos-tau,s.a.
- Koppitz, E. M. (1982). *El test Gestaltico Visomotor para niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Kraepelin, E. (1986). *Psyshiatrie. Ein Lehrbush für Studirende und Aerzte*. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Luria, A. (1979). *El cerebro en Acción* (Segunda ed., Vol. XXI). Barcelona: Fontanella.
- Mainieri, R. (2008). El modelo de la terapia cognitiva conductual. 47-65.
- Margulis, L. (2010). Emociones y Sentimientos. *Neurofisiología I*.

- Martín, R., Pérez, G., & Bulbena, A. (2000). Afectividad y emociones: ansiedad y angustia. En *Tratado de psicopatología* (págs. 147-165). Madrid: Triacastela.
- Méndez, Z., & Pierre, T. (1979). *Psicología del niño y aprendizaje*. San Jose-Costa Rica : Editorial universidad estatal a distancia EUED.
- Mitjans, M., & Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas de Especialidades Psiquiátricas*, 40(2), 70-83.
- Morgado, B., & González, M. d. (2000). Divorcio y ajuste psicológico infantil. Primeras respuestas a algunas preguntas repetidas. *Universidad de Sevilla*.
- Olhaberry, M. (2011). Interacciones tempranas y género infantil en familias monoparentales chilenas. *Pontificia Universidad Católica de Chile*.
- OMS. (2003). *World Health Report*. (Ginebra, Editor, & B. Campanini, Productor) Obtenido de Organizacion de la Salud web site.
- Paelecke-Habermann, Y., Pohl, J., & Leplow, B. (2005). Attention and executive functions in remitted major depression patients. . *Journal of Affective Disorders*, 89, 125-135.
- Pelorusso, A., Etchevers, M., Arlandi, N., & Retamar, M. S. (ene./dic. de 2006). Incidencia del estado de deprivación y riesgo en niños y adolescentes. Estudio exploratorio de los procesos afectivos, madurativos y sociales. *Anu. investig.* Obtenido de Versión On-line ISSN 1851-1686
- Perasso, M. (Abril de 2011). La estimulación oportuna incide en el desarrollo de la coordinación visomotriz en los niños y niñas de primer año de educación básica de los jardines fiscales, del sector ute n°3, de la ciudad de quito, durante el año lectivo 2010 - 2011 . Quito.
- Portellano, J. (2005). *Intruducción a la neuropsicología*. Arava (Madrid): McGRAW-HILL.

- Puig-Antich, J. (1982). Major Depression and conduct disorder en prepuberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry.*, 21(2), 118-128.
- Puyol, L. (2009). Prevalencia de la sintomatología depresiva en escolares de los barrios de Fajardo, Chaupitena y Miranda Grande y su asociación a factores de riesgo psicosocial. *Voz Andes Web Site*, 12-15.
- Quiceno, J., Restrepo, C., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia y depresión: Un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Fundación Universitaria Konrad Lorenz*.
- Ralph E, C. (2004). Depresión en niños y adolescentes: Información para padres y educadores. *National Association of School Psychologists*, 38.
- Romero, K., Canals, J., Hernandez-Martinez, C., Jane, M., Viñas, F., & Domenech, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de Ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años . *Psicothema*, 22(4), 613-618.
- Romeu. (20 de Septiembre de 2012). *Gabinete médico y Psicológico. Psiquiatría y psicología en Barcelona*. Obtenido de Depresión en niños y Adolscentes: <http://www.drromeu.net/depression-en-la-infancia-y-en-la-adolescencia/>
- Rondon, M. (2006). Salud Mental: Un problema de Salud Publica en el Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 23(4), 237-238. Obtenido de Cielo.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1991). Trastornos depresivos: Datos Clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch, & E. Ibáñez, *Manual de Psicopatología* (págs. 717-784). Valencia: Promolibro.
- Schneider, K. (1950). Die Aufdeckung des Daseins durchdie cyclothyme Depression. *Nervenarzt*, 21, 193-194.
- Sequeira, A., & Fornaguera, J. (Diciembre de 2009). Neurobiología de la depresión. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 10(6), 462-478.

- Tomás, J., & Almenara, J. (2008). Clasificación en paidopsiquiatria. Conceptos y enfoques: Enfoque Cognitivo-Conductual. *BIENI-Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya*.
- Torrades, S. (Marzo de 2004). Ansiedad y depresión, evidencias genéticas. *OFFARM*, 23(3), 126-129.
- Trelles, M., Vega, D., & Velasco, P. (2011). *Prevalencia y Factores de riesgo asociados a depresión infantil en niños/as de treinta escuelas rurales, Cuenca 2011*.
- Vaca, P. (2012). Desarrollo de las funciones básicas (coordinación visomotora) como prevención de los trastornos específicos de aprendizaje de los niños de primer año de básica del colegio militar “abdón calderón”. Sangolquí, Ecuador.
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (Séptima ed.). Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Vasquez, R., & Quijano, M. (Diciembre de 2013). Cuando el intento de suicidio es cosa de niños. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(supl.1), 36-46.
- Villalobos, M. (2008). Depresión en niños y adolescentes-Revisipon Bibliográfica. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.*, 331-33.
- Yankovic, B. (2011). Emociones, sentimientos, afecto. El desarrollo emocional. *El desarrollo social y afectivo en los niños de primer ciclo básico*. Santiago.

Linkografía

- Carmona, A., Canino, N., Jiménez, I., & Portell, Y. (2006). Morbilidad y maltrato infantil en niños entre 7- 14 años en consulta de Psicología. *Human Medicine*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v6n1/hmc030106.pdf>
- Congreso Nacional. (2002). *Código de la niñez y adolescencia*. Obtenido de Ediciones Legales: <http://www.registrocivil.gob.ec/>
- Cousino, L., & Wilder, H. (1978). La función viso-motora en niños de Santiago de Chile. *Revista latinoamericana de Psicología*, 10(3), 363 - 375. Obtenido de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80510305>> ISSN 0120-0534
- Dahab, J., Minici, A., & Rivadeneira, C. (2001). ¿ Qué es la Terapia Cognitiva Conductual? *Revista de terapia cognitiva conductual*(1), 1-6. Obtenido de www.revista.cognitivoconductual.org
- Escobar, A., Guadarramana, L., & Zhang, L. (2006). *Bases Neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión*. Obtenido de UNAM: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>
- Eusebio, C., & Paterno, R. (2008). *Neuropsicología infantil: Sus aportes al campo de la educación especial*. Obtenido de Fundación de Neuropsicología Clínica: [www. fnc.org.ar](http://www.fnc.org.ar)
- Fernandez, C. (2006). *Depresión Infantil*. Obtenido de Centre Londres 94: http://www.centrelondres94.com/files/la_depresion_infantil_actualizacion_2003_2006.pdf
- Fritsch, R., Montt, M., Solís, J., Pilowsky, D., & Rojas, M. (2007). ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención. *Redalyc web site*, 602-612. Obtenido de Redalyc: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=177116685008>

- Heredia, C., Santaella, G., & Somarriba, L. (2012). *Interpretación del Test Gestáltico Visomotor de Bender. Sistema de puntuación de Koppitz* . Obtenido de Facultad de Psicología, UNAM: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Interpretacion_Test_Gestaltico_Visomotor_Bender_Heredia_y_Ancona_Santaella_Hidalgo_Somarriba_Rocha_TAD_5_sem.pdf
- Herrera. (2009). Prevalence of child depression in Neiva Colombia. *I*, 154-164. Obtenido de Cielo: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S179447242009000100011&lng=en&nrm=iso. ISSN 1794-4724.
- Lee Fu, I., & Wang, P. Y. (2008). Comparison of demographic and clinical characteristics between children and adolescents with major depressive disorder. *Rev. Bras. Psiquiatr* , 124-131. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462008000200007&lng=en&nrm=iso. ISSN 1516-4446
- Mantilla. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Psiquiatria*, 163-171. Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474502004000200003&lng=es.
- Muñoz, A. (Noviembre de 2014). *Deficiencia de serotonina. Depresión, irritabilidad y obsesión*. Obtenido de About en español: http://motivacion.about.com/od/Cuerpo_mente/a/Deficiencia-De-Serotonina-Depresion-Irritabilidad-Y-Obsesion.htm
- Pozo, P. (Abril de 2010). Desarrollo de las capacidades perceptivo-motrices en la educación física escolar. *elfeportes*(143). Obtenido de <http://www.efdeportes.com/efd143/capacidades-perceptivo-motrices-en-la-educacion-fisica.htm>

- Quevedo, G., Ogas, H., & Salas, A. (2011). Coordinación Visomotriz en alumnos del nivel primario del Dpto. Capital, Catamarca. *Huayllu-Bios*(5), 139-140. Obtenido de <http://www.exactas.unca.edu.ar/HUAYLLUBIOS/num-5/62.pdf>
- Romeu. (20 de Septiembre de 2012). *Gabinete médico y Psicológico. Psiquiatria y psicología en Barcelona*. Obtenido de Depresión en niños y Adolscentes: <http://www.drromeu.net/depresion-en-la-infancia-y-en-la-adolescencia/>
- Sarmiento, M. (2007). *Repositorio Institucional*. Obtenido de Universidad de Azuay : <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1137/1/06260.pdf>
- Tomas, J. (2007). *Trastorno Depresivo Infantil*. Obtenido de Centre Londres: http://www.centrelondres94.com/files/trastorno_depresivo_infantil.pdf

Citas Bibliográficas - Bases de Datos UTA

ELSEVIER. Albuja, B., Albuja, E., & Albuja, W. (2005). Depresión infantil en hijos de padres migrantes. *Elsevier*. Obtenido de Elsevier: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/depresion-infantil-hijospadres-migrantes-13137724-cartas-al-director-2009>

ELSEVIER. Albuja, B., Albuja, E., & Albuja, W. (2005). Depresión infantil en hijos de padres migrantes. *Elsevier* . Obtenido de Elsevier: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/depresion-infantil-hijospadres-migrantes-13137724-cartas-al-director-2009>

PROQUEST. Blanco, K. (18 de Octubre de 2009). Depresión en niños puede prolongarse por años. *La prensa*. Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/368607397?accountid=36765>

PROQUEST. Mendoza, A. (Junio de 2010). La depresión sí es de niños. *Mural*, 2. Obtenido de Mendoza, A. (2010, Jun 25). La depresión sí es de <http://search.proquest.com/docview/519529539?accountid=36765>

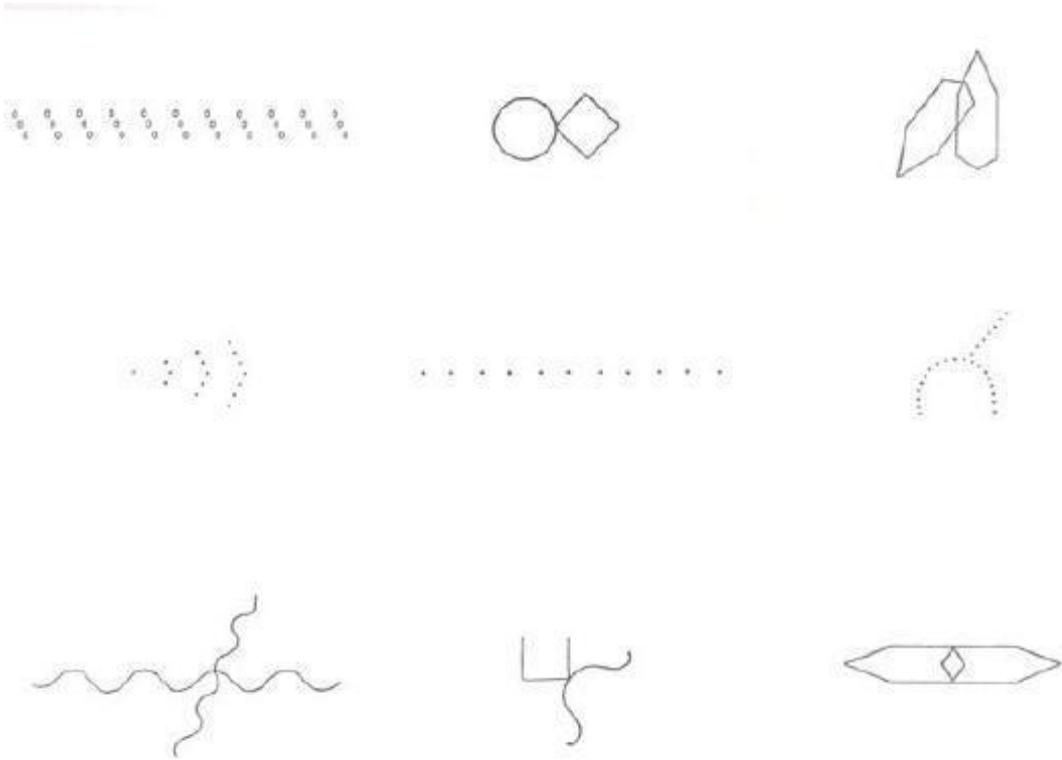
PROQUEST. Merino, C. (2013). Test Gestáltico Bender modificado y VMI-4: comparación de la validez incremental. *Psicoperspectivas*, 12(1), 183-204. Obtenido de <http://search.proquest.com/docview/1346772110?accountid=36765>

EBSCO. Moo, J. A., Flores, M., Ulloa, R., Solís, O. F., & Lagunes, I. (2011). Estructura del sueño y funciones ejecutivas en niños con depresión. *Salud Mental*, 34(5), 459-468. Obtenido de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=10e7fffd-df92-4a70-9f5b-63cea3b2f500%40sessionmgr111&vid=3&hid=123>

ANEXOS

Anexo 1.

Tarjetas del Test de Bender Koppitz



Anexo 2.

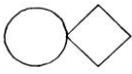
TEST PERCEPTIVO VISO-MOTRIZ de BENDER-KOPPITZ.

Nacimiento _____ **Edad:** ____ años. ____ meses

Colegio: _____ **Nivel escolar:** _____

Fecha de aplicación: _____

Tiempo empleado para completar el test. (Es significativo sólo cuando termina fuera de los límites críticos.)		Límite Crítico	
		Edad	Intervalo
Comienza:	Largo: Lento, perfeccionista, esfuerzo para compensar dificultades perceptivas motoras. Corto: Impulsividad, falta de concentración, bajo rendimiento escolar. (o Alta capacidad)	5 años	3 a 10 min.
Termina:		5 ½	4 a 10 min.
TOTAL minutos		6 a 8 ½	4 a 9 min.
		9 a 10 años	4 a 8 min.

FIGURA	ITEM (puntuados como presente/ausente: 1 ó 0). En caso de duda, no se computa.	P.D.	INDICADORES DISFUNCIÓN (* Común. Inmadurez funcional **) Casi exclusivo de DCM
A 	1. Distorsión forma 1a. Uno o ambos muy achatado o deformado..... 2b. Desproporción (uno es el doble).....		* Adicción u omisión ángulos *
	2. Rotación parcial/total 45° ó + de tarjeta o dibujo.		* (a partir de 6 años)
	3. Integración (separ/solapam. >3mm en la unión)...		*
1 	4. Distorsión forma (5 ó + puntos son círculos).....		*
	5. Rotación (45° o más en tarjeta/dibujo).....		**
	6. Perseveración. (> 15 puntos por fila).....		** (>7 años)
2 	7. Rotación.....		* (> 8 años)
	8. Integr.: Omisión/adicción filas. 4 ó +círculos en mayoría de columnas. Fusión con Fig. 1.....		** (> 6 años)
	9. Perseveración (>14 columnas).....		** (>7 años)
3 	10. Dist. Forma (5 ó + puntos convert. en círculos)...		* (> 6 años)
	11. Rotación del eje 45° ó + en dibujo (o la tarjeta).		** (>7 años)
	12. Integración (forma no conseguida):		* (>5 años)

Anexo 3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS (CDI)

INSTRUCCIONES: Los niños muchas veces tienen distintos sentimientos e ideas. Este formulario agrupa algunos sentimientos e ideas acerca de ti mismo. De cada grupo de tres frases escoge **una** que te describa mejor durante **los últimos 15 días**. No hay respuesta correcta ni equivocada, solo escoge la frase que mejor describa cómo te has sentido últimamente. Coloca una "X"; al lado de tu respuesta: pon la marca dentro del recuadro que está al lado de la respuesta escogida.

1.	
Rara vez me siento triste.	
Muchas veces me siento triste.	
Siempre me siento triste.	
2.	
Nada me va a salir bien.	
No estoy seguro si las cosas me van a salir bien.	
Las cosas me van a salir bien.	
3.	
Hago la mayoría de las cosas bien.	
Hago mal muchas cosas.	
Todo lo hago mal.	
4.	
Muchas cosas me divierten.	
Me divierten algunas cosas.	
Nada me divierte.	
5.	

6.	
Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas.	
Me preocupa que puedan pasarme cosas malas.	
Estoy seguro que me pasarán cosas terribles.	
7.	
Me odio a mí mismo.	
No me gusto a mí mismo.	
Me gusto a mí mismo.	
8.	
Tengo la culpa de todas las cosas malas.	
Tengo la culpa de muchas cosas malas.	
Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas.	
9.	
No pienso en matarme	
Pienso en matarme pero no lo haría	
Quiero matarme.	
10.	

Soy malo todo el tiempo.	
Soy malo muchas veces.	
Rara vez soy malo.	
11.	
Las cosas me molestan todo el tiempo.	
Las cosas me molestan muchas veces.	
Rara vez algo me molesta.	
12.	
Me gusta estar con otras personas.	
Muchas veces no me gusta estar con otras personas.	
Yo no quiero estar con otras personas.	
13.	
No puedo decidirme por algo.	
Es difícil para mí decidirme por algo.	
Me decido fácilmente por algo.	
14.	
Me veo bien.	
Hay algunas cosas malas en mi apariencia.	
Me veo horrible.	
15.	
Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio.	
Muchas veces me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio.	

Siento ganas de llorar todos los días.	
Muchos días me dan ganas de llorar.	
Rara vez siento ganas de llorar.	
19.	
No me preocupan dolores ni enfermedades.	
Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades.	
Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades.	
20.	
No me siento solo.	
Muchas veces me siento solo.	
Todo el tiempo me siento solo.	
21.	
Nunca me divierto en el colegio.	
Solo de vez en cuando me divierto en el colegio.	
Muchas veces me divierto en el colegio.	
22.	
Tengo muchos amigos.	
Tengo algunos amigos pero quisiera tener más.	
No tengo amigos.	
23.	
Mi rendimiento en el colegio es bueno.	
Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes.	

Hacer mis tareas del colegio no es un gran problema.	
16.	
Todas las noches tengo problemas para dormir.	
Varias noches tengo problemas para dormir.	
Duermo muy bien.	
17.	
Rara vez me siento cansado.	
Muchos días me siento cansado	
Todo el día me siento cansado.	
18.	
La mayoría de días no tengo ganas de comer.	
Varios días no tengo ganas de comer.	
Como muy bien.	

MUCHAS GRACIAS

Estoy mal en cursos en los que antes estaba bien.	
24.	
Nunca podré ser tan bueno como los otros niños.	
Puedo ser tan bueno como los otros niños si yo quisiera.	
Soy tan bueno como los otros niños.	
25.	
Nadie me quiere realmente.	
No estoy seguro si alguien me quiere	
Estoy seguro que hay personas que me quieren	
26.	
Generalmente hago caso en lo que me dicen.	
Muchas veces no hago en lo que me dicen.	
Nunca hago caso en lo que me dicen.	
27.	
Me llevo bien con los demás.	
Muchas veces me peleo con los demás	
Todo el tiempo me peleo con los demás	