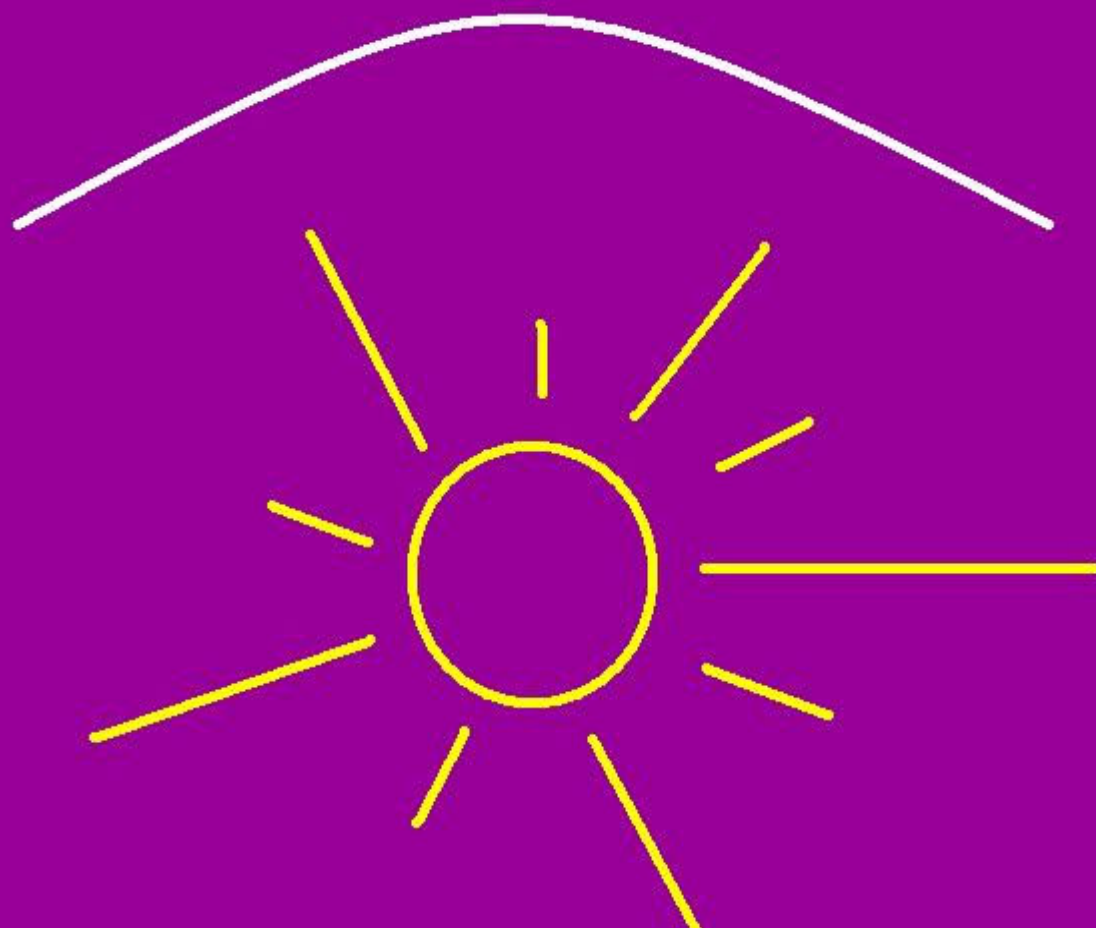


LA DEPRESIÓN EN SECUNDARIA



Rocío Gurerra, Fernando Téllez, Antonio Vigo y Ana C. Biurrun

Índice

1. Introducción.....	3
2. Conceptualización.....	4
3. Métodos de evaluación.....	8
4. Formación del profesorado para la prevención	9
5. Estrategias de intervención en el aula.....	11
6. Bibliografía.....	13
7. Anexos.....	14

1.Introducción

Dentro de la actividad que se nos ha planteado realizar sobre la “Prevención de las organizaciones neuróticas infantiles y juveniles en el aula”, hemos decidido desarrollar el problema de la depresión. Esta decisión principalmente se ha visto conformada por el grupo por el gran interés que existente por este tema, la amplia investigación que sobre el mismo se realiza de un tiempo a esta parte y sobre todo, para la realización de un documento de calidad para los profesionales de la educación, que pueda servir como guía y como documento de consulta.

En principio hemos realizado una descripción del problema, con una caracterización y una conceptualización del término, así como una distinción entre trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. Este mismo punto lo hemos finalizado con las teorías sobre la depresión, donde se pone a la luz los diferentes enfoques teóricos que existen para explicar de dónde viene la depresión.

Posteriormente se ofrecen una serie de métodos y materiales para la evaluación del los trastornos depresivos. Como se explicará en este documento, la depresión en la infancia y la adolescencia no se manifiesta con los mismos síntomas que lo hace en la adultez. Respuestas agresivas, falta de atención, desgana... pueden ser señales de que alguno de nuestros alumnos esté sufriendo un cuadro depresivo. Los instrumentos y técnicas que ofreceremos, serán los que nos den a los maestros y orientadores escolares las claves para corroborar estos trastornos y así poder derivar al alumno a un servicio especializado y empezar a dar la respuesta que como educadores nos corresponde.

En la prevención buscamos fundamentalmente mejorar la comunicación con sus padres e iguales, para un aumento de su autoestima y autoconcepto. Así mismo, se pretende optimizar la inteligencia emocional para que sepa afrontar los embates de la convivencia y de vida que le comenzarán a llegar; también consideramos que el aprendizaje de su control emocional es una pieza clave en el proceso preventivo.

Finalmente, ofrecemos las estrategias que los docentes pueden utilizar en el aula para prevenir e identificar la depresión infantil. Destacamos el importante papel del docente en el proceso de diagnóstico, como observador directo de las conductas del niño. El colegio es, juntamente con la familia, el contexto en el que el niño puede manifestar en qué actividades presenta tristeza, miedo o ansiedad.

Incluimos como anexo, el informe psicopedagógico de uno de nuestros alumnos, elaborado por presentar, según los indicadores, una posible depresión. Pensamos que resume los contenidos del presente documento.

2 .Descripción del problema: La Depresión

Caracterización

Junto a los trastornos de ansiedad, relacionados con la categoría emocional del miedo, la depresión y los trastornos bipolares, relacionados ambos con la categoría emocional de la tristeza, constituyen las alteraciones emocionales más importantes.

El término depresión se emplea, a menudo, para denotar un estado de ánimo bajo o alicaído. En un sentido estricto, sin embargo, la depresión hace referencia a la expresión patológica de la respuesta emocional de tristeza. Dentro de los trastornos depresivos, el DSM-IV distingue entre trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor se define por un periodo de al menos dos semanas en el que se da, en la mayor parte del día, un estado de ánimo deprimido –en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede, en lugar de triste o desanimado, revertirse en forma de irritable o inestable- o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, también a lo largo de casi toda la jornada (por ejemplo, los sujetos pueden estar menos interesados por sus aficiones o dejar de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras). El estado de ánimo deprimido y la falta de interés por las cosas pueden darse o no de forma conjunta pero, al menos, una de estas condiciones ha de estar presente para que se pueda hablar de trastorno depresivo. Una y/o otra manifestación comportamental ha de venir acompañadas de, al menos, cuatro de las siguientes expresiones conductuales:

- Pérdida de apetito, que se traduce en una disminución de peso que, en un mes, puede superar el 5% del peso corporal del sujeto, y en los niños en un fracaso en conseguir los pesos adecuados correspondientes a su edad. En ocasiones, no obstante, se produce un aumento del apetito, especialmente por determinados alimentos como los dulces, que lleva a ganancias de peso que, en un mes, pueden superar el 5% del peso corporal.
- Insomnio, que se manifiesta en dificultades para conciliar el sueño, en despertarse demasiado pronto o en despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse. Aunque con mucha menos frecuencia puede darse, sin embargo, un exceso de sueño o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores que se manifiestan, en el primer caso, en conductas tales como incapacidad para permanecer sentado, paseos continuos, frotarse las manos, etc. y, en el segundo, en forma de lenguaje y movimientos corporales enlentecidos, aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de voz, mutismo, etc.
- Falta de energía, cansancio y fatiga habituales, que reducen la eficacia para realizar las tareas cotidianas.

- Sentimientos de inutilidad o de culpa, que se manifiestan, por ejemplo, en ver en cualquier acontecimiento pruebas de sus defectos personales y en sentirse responsable de cualquier hecho que pueda ir mal.
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse, o tomar decisiones.
- Frecuentes pensamientos de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, tentativas de suicidio o, incluso, elaboración de planes específicos para suicidarse.

El episodio depresivo mayor actual puede presentarse en diversos niveles de gravedad: Leve, moderado, grave y grave con síntomas psicóticos. Este último se caracteriza por añadir la presencia de ideas delirantes o alucinaciones, generalmente auditivas, a la manifestación de la mayoría de los anteriores síntomas en alto grado, que es lo que distingue al nivel grave.

Por otra parte, puede venir el episodio depresivo acompañado de síntomas catatónicos, consistentes en una marcada alteración psicomotora expresada en inmovilidad motora, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia y ecopraxia. Así mismo, puede venir, también, acompañado de síntomas melancólicos o atípicos. Los síntomas melancólicos se traducen en una casi completa ausencia de interés o placer en todas o casi todas las actividades, o una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. Generalmente, estos síntomas se acompañan de culpabilidad excesiva o inapropiada, anorexia, enlentecimiento o agitación psicomotora, y despertar precoz.

Los síntomas atípicos, por su parte, se refieren a reactividad del estado de ánimo; esto es, el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas, que, por lo general, se acompaña de aumento del apetito (y del peso), un patrón muy prolongado de extrema sensibilidad a la percepción de rechazo interpersonal. Estos síntomas atípicos son dos o tres veces más frecuentes en las mujeres.

El trastorno depresivo mayor se da en la misma proporción en niños y niñas prepuberales pero, en adolescentes y adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. La prevalencia se sitúa entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% en varones. Puede comenzar en cualquier edad. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Además, los episodios depresivos pueden desaparecer completamente, lo que suele suceder en alrededor de las dos terceras partes de las personas que los sufren, o no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente, que sucede en aproximadamente un tercio de los casos, lo que aumenta la probabilidad de presentar, a continuación, otros episodios.

Trastorno distímico

El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años. Los sujetos que lo padecen describen su estado de ánimo como triste y desanimado. En los niños y adolescentes este estado de ánimo puede ser irritable más

que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de un año. El estado de ánimo depresivo (o irritable) ha de ir, al menos, acompañado de dos de los siguientes síntomas:

- Perdida o aumento de apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

Además, los sujetos manifiestan, a menudo, pérdida de interés y aumento de la autocrítica, que se traduce en un bajo autoconcepto.

El trastorno distímico en los niños y adolescentes añade a la tristeza un comportamiento, por lo general, irritable e inestable. Además, suelen presentar una baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas.

En niños se da por igual en ambos sexos pero, en adolescentes y adultos, las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico. La prevalencia para la población general se sitúa en torno al 6%. Por lo general, el trastorno tiene un inicio temprano en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta.

Trastorno depresivo no especificado

Incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para ser catalogados como trastorno depresivo mayor o trastorno distímico. Entre estos, los más frecuentes son:

- El trastorno disfórico premestruar. Se caracteriza principalmente por un estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad acusada, marcada labilidad afectiva y pérdida de interés en las actividades. Estos síntomas suelen presentarse con regularidad antes de cada menstruación y remiten a los pocos días de su inicio.
- El trastorno depresivo menor. Es semejante al trastorno depresivo mayor, pero presenta menos de los cinco síntomas exigidos, como mínimo, para éste último.
- El trastorno depresivo breve recidivante. Se produce cuando se dan episodios depresivos con una duración de dos días a dos semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante un año; y sin estar asociados a los ciclos menstruales.

Teorías sobre la depresión

Ha habido diversos intentos de explicar la depresión desde instancias tanto conductuales como cognitivas. Dentro del marco conductista, Ferster (1973) propone que la depresión es el resultado de la extinción de diferentes conductas no depresivas por efecto del reforzamiento negativo efectuado sobre las mismas por factores ambientales diversos. La actuación de estos factores ha podido ir en la línea de reforzar

mínimamente las conductas no depresivas y de reforzar negativamente las conductas de evitación, de forma que las conductas depresivas son las únicas que le quedan al individuo para evitar las condiciones aversivas. La teoría de Ferster parece ser que no llega a explicar el 10% de los casos de depresión. Una teoría alternativa, dentro del marco conductual, la constituye la propuesta de Lewinsohn (1974), para quien la depresión surge no sólo a partir de la falta de refuerzo de las conductas no depresivas sino en conjunción con un déficit en las habilidades sociales del sujeto. Esto último, de hecho, ha sido comprobado en diversos casos de depresión.

Otra alternativa la proporciona Rehn (1977), quien sugiere que la única variable causal de la depresión es un déficit en las habilidades de autorrefuerzo, que son las responsables del mantenimiento de las conductas no depresivas cuando se retrasa la ocurrencia del refuerzo externo. Esta explicación ha recibido cierto apoyo empírico.

Entre las teorías surgidas en el ámbito cognitivo, una de las que han tenido una mayor difusión ha sido la presentada por Beck (1977), que sostiene que la depresión está causada por una variedad de distorsiones cognitivas, vagamente definidas, relacionadas con la visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro. Un mayor nivel de concreción en la definición de estas distorsiones cognitivas es aportado por la teoría facilitada por Seligman (1978), según la cual, las distorsiones cognitivas que causan la depresión vienen definidas, específicamente, en términos de falsas atribuciones sobre las causas de los acontecimientos negativos experimentados por el sujeto, que son atribuidos por éste a factores internos de carácter estable y global. Otra explicación alternativa, dentro de esta línea cognitivista, propone que los factores causales más importantes de la depresión son los acontecimientos negativos y los déficits en las habilidades de solución de problemas, que incluyen las falsas interpretaciones en las relaciones entre la propia conducta y la ocurrencia de los eventos negativos. (Nezu, Nezu y Perri, 1989). Las tres formulaciones han recibido un fuerte apoyo empírico.

Una teoría que se presenta como un intento de integración de los factores causales propuestos en las teorías anteriores, a los que se añaden otros nuevos, es la denominada teoría del conductismo paradigmático de la depresión (Staats y Heiby, 1985; Heiby y Staats, 1990). Según esta teoría, en el surgimiento de la depresión pueden estar implicados factores tanto de tipo biológico como ambiental o personal. Estos últimos, que son conceptualizados como repertorios básicos de conducta y hacen referencia a los aprendizajes adquiridos por el sujeto a lo largo de su historia de interacciones con el medio, se organizan las habilidades sociales, por ejemplo; repertorios cognitivos-lingüísticos, que incluyen, entre otros muchos factores personales, las falsas atribuciones y los déficits en las habilidades de solución de problemas.

En función de los factores causales prioritarios, esta última teoría distingue una gran variedad de subtipos de depresión, que se engloban en dos grandes categorías: Depresiones endógenas, causadas, fundamentalmente, por factores biológicos y/o personales, y depresiones exógenas, causadas, prioritariamente, por factores ambientales. La sugerencia de diferentes subtipos de depresión sobre la base de la actuación prioritaria de factores causales distintos está siendo corroborado empíricamente. Así, por ejemplo, parece ser que las depresiones causadas por habilidades sociales deficitarias son mejor tratadas mediante entrenamiento asertivo; en

tanto que las causadas por déficits en habilidades de autocontrol se tratarían de forma más eficiente con un tratamiento en autorrefuerzo (Heiby, 1986).

3. Identificación de la depresión en el aula. Evaluación.

La depresión en los niños no presenta los mismos síntomas que en los adultos. Los niños pueden manifestar problemas de conducta, reacciones como fobias escolares, dificultades en el aprendizaje, berrinches y mal humor, tendencia a los accidentes, holgazanería, autodestrucción, alteraciones digestivas y en el sueño, dolores de cabeza. Irritabilidad, llantos incomprensibles o explosiones de mal temperamento (Lang y Tisher, 2003).

El primer indicador de una posible depresión en nuestro alumno, se va a dar por la *observación* de este, tanto en el aula como en tiempos de ocio, en interacción con sus compañeros. Estos alumnos suelen tener problemas de atención en clase, no suelen traer las tareas hechas de casa, trabajan lento o no trabajan y ponen constantes pegas a las indicaciones del profesor.

Para la evaluación de la depresión infanto-juvenil, los instrumentos son muy variados: *entrevistas estructuradas o semiestructuradas, cuestionarios* de padres y niños, cuestionarios para compañeros. Entre las más conocidas están la K-SADS, la Children Depresión Rating Scale (CDRS) de Poznanski y el Belleneuve Index of Depresión.

Hay otro tipo de instrumentos heteroinformado por compañeros, como el Inventario de Depresión por Nominación de Compañeros, el cual consiste en preguntar a cada niño sobre los compañeros que en su clase destacan por sus emociones positivas y negativas.

Entre los *autoinformes* más utilizados se encuentran los siguientes:

- Inventario de Depresión para niños CDI (Kovacs y Beck, 1977), es el instrumento más conocido y utilizado en este campo. Consta de 27 ítems formulados en tres frases que gradúan la presencia e intensidad del síntoma. Existe una forma alternativa para aplicación a padres que consta de 37 ítems. Existen varias adaptaciones de esta prueba a la población española (la última: del Barrio et al, 1999) que presenta baremos para niños entre 7-12 y 13-17 años, con cinco factores: humor negativo, ineficacia, autoestima negativa, retraimiento social y pesimismo.

- Escala de Depresión para Niños CDS (Tisher y Lang, 1978). Consta de 66 ítems cuya calificación se realiza con tarjetas que contienen cada uno de ellos y que el niño debe clasificarlas en montones diferentes, con el grado de aceptación, desde Muy de Acuerdo a Muy en Desacuerdo. Es aplicable a niños y a padres. Algunos de los elementos del CDS son:

- Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.

- Siempre creo que el día siguiente será mejor.
- Me siento solo muchas veces.
- Pienso que nadie se preocupa por mí.
- Me siento desgraciado en el colegio.

La adaptación española a la prueba es de TEA, para niños entre 8-16 años; tiene seis subescalas y una puntuación global de depresión (prueba utilizada en Anexo).

Como la mayor parte de la sintomatología depresiva tiene carácter interiorizado (sentimientos, pensamientos, etc.), no ha proliferado tanto la evaluación de sus manifestaciones externas como en otros campos de la conducta, pero existen instrumentos de evaluación de la expresión facial, registro de movimientos, etc.

Existen otros instrumentos que pueden ser útiles para evaluar diferentes factores relacionados con la inducción o el mantenimiento de la depresión. Se centran en evaluar las distorsiones cognitivas que afectan a la percepción de la autoeficacia y de la propia capacidad de reacción ante el ambiente.

En cualquier caso, para cada alumno concreto se puede necesitar uno o más de uno de estos instrumentos. El maestro y el orientador deben saber primero que tienen a su alcance gran variedad para elegir y segundo, que una vez visto el problema, son los profesionales formados a este respecto los que le ofrecerán una respuesta adaptada. En el centro educativo, se deberá tender a establecer lazos con estos profesionales para que, trabajando conjuntamente, se pueda dar al alumno la mejor respuesta para acabar con esta circunstancia de manera rápida y eficaz.

4. Prevención de la depresión en la adolescencia.

A pesar de que la depresión tenga en parte, un origen genético, cierto es, que una actitud pesimista ante la vida es un elemento detonante y determinante en su aparición.

Muchas familias, están dejando de ser el elemento que aportaba recursos muy útiles, que facilitaban al adolescente, el objetivo de lograr esas competencias básicas que le servirán para toda la vida y le enseñaban a ser, a respetar, comunicarse y a encajar los diferentes problemas futuros.

Podemos afirmar que puede que haya aumentado en nuestra sociedad, la tendencia al aislamiento, la insatisfacción y la dependencia, la falta de compromiso, el individualismo, el bajo rendimiento académico, la falta de esfuerzo y la necesidad de cubrir sus necesidades aquí y cuando yo lo diga.

Los problemas de relación, ya sea con los compañeros o con los padres suelen ser el elemento que incide de una manera muy importante en la aparición de la depresión

Un adolescente deprimido tiene menos amigos, se relaciona peor, es menos simpático y su concentración y memoria disminuyen, con lo que su autoestima y autoconcepto, están más bajos de lo que habitualmente debiera ser.

Podemos afirmar que dos deficiencias importantes, que se manifiestan en la aparición de la depresión juvenil son:

- La falta de capacidad para relacionarse.
- La forma de interpretar los reveses y contratiempos de la vida.

Así mismo, numerosas investigaciones demuestran que los estados depresivos en jóvenes mejoran si les enseñamos a:

- Modificar las pautas de pensamiento.
- A hacer amigos.
- A relacionarse mejor con sus padres.
- A comprometerse con actividades sociales atractivas.

Está meridianamente claro, que debemos desarrollar en nuestros adolescentes tanto la inteligencia creativa como la emocional, y que éstas, se pueden desarrollar. Descuidar la inteligencia emocional y sólo fijarse en los contenidos académicos, puede conducir al adolescente a la depresión, la agresividad o a los trastornos alimentarios.

Pero seguro que todos nos preguntamos ¿Qué lo que les debemos enseñar, para evitar los procesos depresivos?

A nuestros adolescentes les debemos enseñar a:

1. Hacer frente a estados de ánimo como la ansiedad, el abatimiento o el enfado.
2. Capacidad para identificar, expresar y controlar los sentimientos.
3. La habilidad para controlar sus impulsos.
4. Las gratificaciones no son inmediatas.
5. Manejar las sensaciones de tensión y de ansiedad.
6. Dominar los impulsos diferenciando entre los sentimientos.
7. Controlar el impulso de actuar.
8. Aprender a adoptar las mejores decisiones emocionales.
9. Identificar las distintas alternativas de acción y sus posibles consecuencias.
10. Saber escuchar.

11. Saber resistir a las influencias negativas.
12. Asumir la perspectiva de los demás.
13. Capacidad de interpretar los signos emocionales y sociales.

Debemos lograr que nuestros adolescentes utilicen un protocolo de actuación que sirva para el control de los impulsos (D. Goleman 1996)

- Detente, serénate y piensa antes de actuar.
- Expresa el problema y di cómo te sientes
- Proponte un objeto cumplido
- Piensa en varias soluciones.
- Piensa de antemano las consecuencias
- Sigue adelante y trata de llevar el mejor plan.

Para que nuestros jóvenes, tengan una mayor autoconciencia emocional profundizando en el conocimiento de las emociones y los sentimientos, insistiremos en el control de las emociones, mejorando la tolerancia a la frustración y el mejor manejo de la ira, buscando que tengan una menor impulsividad y un mayor autocontrol.

Es muy importante que vean que es fundamental asumir el punto de vista del otro, tener una mayor capacidad para escucharlo y una mayor sensibilidad hacia los sentimientos de los otros. Debemos enseñarles a resolver los conflictos y negociar los desacuerdos, así como que deben ser más solidarios, cooperadores, participativos y sociables.

La función principal que debe tener el profesor, además de proporcionarles esta serie de herramientas es la informar a la familia cuando detecte algunos de los síntomas que pueden ser el comienzo de una depresión para atajar el problema cuanto antes; y para ello, es necesario una mayor observación y diálogo con nuestros alumnos.

5. Estrategias de intervención en el aula

La investigación reciente, afirma que la aparición de un acontecimiento o evento estresante puede descompensar la conducta infantil, favoreciendo la emergencia de pensamientos y sentimientos depresivos en el niño.

La disminución del rendimiento escolar, es una de las primeras señales indicadoras de la aparición de un cuadro depresivo. En este aspecto, bastará que el docente ponga en marcha las pertinentes habilidades pedagógicas para evitar el fracaso del alumno en las tareas académicas. En otros casos, su tarea será más compleja

especializándose en técnicas de mejora de la motivación de los alumnos hacia la tarea escolar.

La observación será uno de los instrumentos más importantes con los que cuenta el maestro para atender a la depresión infantil (Xavier Méndez 2002). Es la observación la que nos informa de la situación que hace entristecer al niño, de esta forma, se pueden plantear unos cambios en el programa para evitar esas situaciones que aumentan su aflicción.

De esta forma, debemos tener presente que los estilos educativos de los maestros pueden provocar una situación estresante al alumno. Por lo que la primera actuación que deberíamos llevar a cabo en las aulas, es la modificación de los programas y de los estilos de enseñanza que puedan provocar estrés, miedo o ansiedad al alumno.

A parte de valorar su propio estilo de enseñanza, la tarea de los docentes en el campo de la depresión, se limita a la prevención primaria y secundaria y a la derivación de casos a profesionales clínicos o psicológicos.

En el ámbito de la prevención primaria, la que hace referencia a evitar agentes contraproducentes para la salud de los niños, debemos hacer referencia a tres tipos de actuaciones (Polaina-Garente):

1.- Cuidar la salud mental del maestro: Es importante que la figura de referencia del alumno sea una persona vital, animada y alegre para poder prevenir problemas emocionales en los alumnos a los que atiende.

2.- Debemos estar atentos a situaciones de riesgo: Hay una serie de situaciones en las que los alumnos presentan mayor predisposición a sufrir depresiones. Entre ellas están el absentismo escolar, una enfermedad grave del alumno o familiar, problemática familiar, problemas de lenguaje oral o psicomotor y dificultades de aprendizaje, sobretodo los problemas de lectura oral.

3.- Aplicar programas de prevención en el aula: Cuestionarios de estilo atribucional, de autoestima, de locus de control y cuestionarios “life-events”.

En lo referente a la prevención secundaria, la que se refiere a una detección precoz, cabe destacar las siguientes actuaciones (Polaina-Garente):

1.- Sensibilizar y formar a los maestros para ser capaces de detectar los signos de alarma anteriormente expuestos.

2.- Aplicar programas afectivos y de role-play.

3.- Observación para detectar, cuanto antes, los indicadores referentes a la depresión infantil o juvenil.

Para Servera (2002), es imprescindible la educación emocional y los programas de autoestima para poder prevenir y detectar problemas emocionales.

Por último, debemos tener en cuenta que la depresión es una enfermedad que puede adquirir mucha gravedad. Por que debemos informar a los padres del los indicadores que estemos percibiendo, y derivar el caso a profesionales del campo (psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos...).

6. Bibliografía

- Anaya Nieto. D (2002): Diagnóstico en Educación. Sanz y Torres. Madrid.
- Del Barrio, V. (2002): Evaluación Psicológica en la Infancia y la Adolescencia. UNED. Madrid.
- Del Barrio V. (1997) Depresión infantil. Ariel. Barcelona.
- Goleman D. (1996) Inteligencia Emocional. Kairos. Barcelona.
- Méndez F.X. (2002) El niño que no sonríe. Pirámide. Madrid
- Neil R. Carlson (1998) Fisiología de la conducta. Ariel Neurociencia. Barcelona.
- Polaina-Garente (1988) Las depresiones infantiles. Morata. Madrid.
- Servera Barceló M (2002) Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Pirámie. Madrid.

ANEXO.

INFORME PSICOPEDAGÓGICO

DATOS DEL ALUMNO

Apellidos: G. L.
Nombre: P.
Fecha Nacimiento: 28/10/1995
Edad actual: 12; 7
Localidad:
Centro Educativo:
Curso y Etapa: 1º ESO
Fecha de la Evaluación: Marzo 2008

MOTIVOS PARA LA REFERENCIA

El alumno muestra un comportamiento en clase que preocupa a su tutora. No trae las tareas hechas, se distrae mucho, llora con frecuencia y él mismo manifiesta que siempre tiene ganas de llorar. Se siente habitualmente mal e incomprendido, poco querido por sus compañeros, padres y profesores.

Su tutora solicita al Departamento de Orientación la valoración del alumno.

HISTORIA PERSONAL

A. DATOS EVOLUTIVOS

La madre de P cuenta que su tanto el embarazo de P como su parto fue bueno. El alumno no ha sufrido enfermedades frecuentemente; sólo ha tenido la varicela.

Comienza a gatear con 9 meses y a andar con 10 meses. Sus padres comentan que no habla hasta los 2 años.

B. HISTORIA CLÍNICA

Los padres de P manifiestan que el hijo siempre ha sido muy problemático. Que ya desde más pequeño le dicen en los colegios constantemente que el alumno muestra conductas disruptivas. Los padres llegan a comentar a una de sus profesoras si sería conveniente que el niño asistiese a la consulta de un psicólogo pero esta les dice que no es necesario, por lo que finalmente no acuden a dicho profesional.

No se mencionan otros datos de este aspecto.

C. ANTECEDENTES ESCOLARES

Pablo está escolarizado desde los 16 meses. Con 3 años entra en el colegio San Juan Bosco y en 5° de E.P, ingresa en nuestro centro. El cambio se ha debió a un traslado de domicilio de la familia. Durante dos años y hasta que han conseguido plaza en el centro, lo han estado llevando al colegio primero.

D. TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS

Los padres no refieren que P haya recibido ningún tipo de tratamiento.

E. ASPECTOS SOCIOFAMILIARES

La familia de P está compuesta por padre (C, Oficial Aluminista), madre (C, Auxiliar Administrativo, trabaja actualmente en Vodafone), P y dos hermanas menores: A, de 8 años y L de 3.

En el aspecto sociofamiliar se observan discrepancias entre lo que refiere P e incluso su hermana A, con lo que dicen sus padres. P afirma que pasa bastante tiempo solo por las tardes y que se hace cargo muchas veces de sus hermanas; sus padres niegan tajantemente este aspecto, con especial vehemencia su padre puesto que es él quien dice que pasa las tardes enteras con ellos, ya que su madre trabaja en turno de 18 p.m a 2.am (ella dice haber cogido este turno de trabajo para estar con los hijos). Refieren que siempre tienen compañía, puesto que también cuentan con la ayuda de una abuela. Que el niño siempre está atendido.

A cuenta a su tutora que le parece que sus padres se están separando porque su madre está llevando mucha ropa y muebles a otro piso. P dice que está harto ya de oír gritos en su casa y que cuando esto ocurre, se mete en su cuarto y se tapa la cabeza con la almohada, para no escuchar.

PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN

A. TÉCNICAS Y PRUEBAS APLICADAS

- Entrevista personal con sus padres
- Entrevista personal con su tutora
- Entrevista personal con el alumno
- Test de Factor G de Cattell
- Test de Atención Concentración D2
- Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños- Revisada, WISC-R
- Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente
- Cuestionario de Depresión para niños CDS

B. CONDUCTA DURANTE LA EXPLORACIÓN

La conducta de P se ha ido modificando en las sucesivas sesiones que se han ido teniendo con él. La primera sesión comenzó a llorar nada más preguntarle cómo se

sentía; estuvo llorando casi todo el tiempo por lo que no se pudo trabajar lo previsto. Pablo manifestó que se sentía siempre muy mal, siempre con ganas de llorar; que no puede contarle a nadie como se siente puesto que nadie lo entiende, que todo el mundo cree que es mentira lo que cuenta. Que no puede contarle a sus padres como está, porque no lo entienden y que además le reñirían. Que sus compañeros de clase no le quieren, que él siempre está dispuesto a ayudarles en cualquier cosa que le pidan pero que los demás se portan mal con él.

La siguiente vez que se le llamó, al preguntarle como se sentía también tuvo intención de ponerse a llorar, pero se le cortó rápidamente con el pretexto de que tenía que estar muy concentrado para lo que iba a realizar. El alumno trabajo bien, pero se nota una falta de concentración importante. Suele cortar la tarea que esté haciendo y cuenta algo que le haya sucedido o se distrae con el ambiente externo.

Tanto en esa sesión como las siguientes han tenido un desarrollo normal; P se muestra contento cuando sale de clase a realizar tareas con el Departamento y hemos establecido una buena relación. Cuando vamos a su clase siempre pregunta si vamos a por él.

VALORACIÓN FUNCIONAL DE LOS DATOS OBTENIDOS

A. ÁREA COGNITIVA Y DE PERSONALIDAD

Se exponen a continuación los resultados de las pruebas administradas:

Test de Factor G de Cattell:

- PD: 21; **CI: 102**; PC : 55

WISC-R:

- CI Verbal: 122
- CI Manipulativo: 104
- **CI TOTAL: 116**
- Clasificación: **Media-Alta**
- **Centil: 84**

Exponemos a continuación los resultados parciales obtenidos en las pruebas del WISC-R administradas, lo que mide cada una y las edades mentales equivalentes a cada prueba.

PRUEBAS VERBALES:

- Información: mide la cantidad de información tomada del entorno. El alumno obtiene una PD: 12; PT: 8.
- Semejanzas: mide la capacidad de formación de conceptos, pensamiento asociativo y abstracción verbal. PD: 16; PT: 12..

- Aritmética: mide la eficiencia para resolver problemas que presuponen la comprensión del concepto de número, capacidad de atención y de concentración. PD: 13; PT: 11.
- Vocabulario: familiaridad con las palabras y facilidad de expresión verbal. PD: 36; PT: 12. EE:
- Comprensión: mide el juicio práctico, el sentido común y la adquisición e interiorización de la cultura. PD: 19; PT: 14. EE:.
- Dígitos (prueba complementaria, no incluida en puntuación total): mide la memoria auditiva inmediata y la capacidad de atención y resistencia a la distracción. PD: 9; PT: 8.

PRUEBAS MANIPULATIVAS:

- Figuras Incompletas: mide la capacidad para distinguir modificaciones, aspectos esenciales y secundarios. PD: 22; PT: 14.
- Historietas: mide la percepción e integración visual de elementos secuenciados en conjuntos con sentido. PD: 24; PT: 8.
- Cubos: mide la capacidad para analizar, sintetizar y reproducir dibujos geométricos. También impulsividad, resistencia a la distracción y meticulosidad. PD: 41, PT: 13. EE:
- Rompecabezas: mide la síntesis visual, la coordinación visomotora, la persistencia y la impulsividad. PD: 24; PT: 12.
- Claves: mide la capacidad de aprendizaje asociativo, destreza visomotora, velocidad de ejecución. PD: 32; PT: 6.

Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente – CACIA:

Este cuestionario se dirige a la evaluación del auto-control, considerado desde un punto de vista conductual, cuya base es el esfuerzo consciente de la persona para modificar sus reacciones. Cualquier alteración o distorsión en esto (o ausencia), sería suficiente para que no aparecieran cambios en el comportamiento del individuo y se iniciarán otros procesos diferentes (depresión, desamparo, etc.)

Está dividido en dos escalas, positiva y negativa. Estos son los resultados obtenidos por P:

Escalas Positivas:

- Retroalimentación Personal (RP): detecta aspectos relacionados con la auto-observación, búsqueda de causas del comportamiento y análisis de situaciones. Estos aspectos cumplen la función de guías orientativas para las decisiones de la persona. Una puntuación elevada indica una buena capacidad para conocerse a uno mismo, darse cuenta de los actos propios y un interés por averiguar los motivos y razones que determinan lo que uno hace. Pablo obtiene una PD: 13; **PC: 74.**
- Auto Control Criterial (ACC): refleja la capacidad del alumno para soportar situaciones dolorosas o desagradables y aspectos de la responsabilidad personal. PD: 4; **PC: 22.**

- Retraso de la Recompensa (RR): recoge comportamientos relacionados con el control de respuestas impulsivas, en la medida en que el sujeto debe hacer, en primer lugar, lo que debe o es más urgente e importante, dejando para después lo que le apetece. Una elevada puntuación mostraría comportamientos de organización y estructuración de sus tareas, buen hábito de trabajo y no se dejaría llevar fácilmente por sus apetencias más impulsivas. Obtiene una PD: 13; **PC: 81**.

Escalas Negativas:

- Auto Control Procesual (ACP): recoge aspectos referidos a la autoevaluación (comparar lo que uno hace con lo que debería o desearía realizar), auto-grafiticación y auto-castigo. Una alta puntuación puede indicar desasosiego por cuestionar el propio comportamiento y una preocupación por actuar rígidamente según normas y reglas. Esta escala tiene relación con variables como la ansiedad, el neuroticismo y las creencias irracionales, apunta a una focalización excesiva en el logro de ciertos objetivos o cumplimiento de normas a las cuales se condiciona la autoestima y sentimientos de insatisfacción. PD:18; **PC:28**

Este cuestionario incluye una escala de Sinceridad, para comprobar en qué grado el sujeto está diciendo lo que realmente siente o lo que piensa que debe decir en ese momento (Deseabilidad Social). P obtiene una PD: 7; **PC: 28**.

En sucesivas ocasiones hemos comprobado que P cree firmemente que él no es la causa de sus problemas. El refiere que *-“hoy me he propuesto que todo me saliese bien, pero al final siempre me tienen que pasar cosas (pelea con un compañero, riña de un profesor). Soy un desgraciado”-*. Cuando ocurrió este episodio, a la vez que decía esto llorando golpeaba con los puños una pared.

Test Atención D2: resultados parciales:

-Total de Respuestas TR: Es una medida de la atención (sostenida y selectiva), de la velocidad del procesamiento, la cantidad de trabajo realizado y la motivación. Evalúa el total de respuestas ofrecidas, independientemente de ser aciertos o errores. **Pc=20**

- Omisiones O (de elementos relevantes): medida del control atencional, cumplimiento de una regla, precisión de la búsqueda visual y calidad de la actuación. **Pc= 80**

- Comisiones C (de elementos relevantes): relacionados con el control inhibitorio, el cumplimiento de una regla, la precisión de la búsqueda visual, la minuciosidad y la flexibilidad cognitiva. **Pc= 85**

-Efectividad total en la prueba TOT: Proporciona una medida de control atencional e inhibitorio y de la relación entre la velocidad y la precisión de los sujetos. **Pc=30**

-Total de Aciertos TA: **Pc=30**

-Índice de Concentración CON: Es un índice del equilibrio entre velocidad y precisión en la actuación del sujeto. **Pc=35**

-Índice de Variación VAR: Evalúa la estabilidad y la consistencia en el tiempo de la actuación del sujeto. **Pc=2**

El sujeto obtiene unas puntuaciones en atención y concentración **BAJAS**.

Este punto es ratificado tanto por su tutora, la cual comenta que le cuesta mucho concentrarse, incluso en los exámenes, como por sus padres, los cuales manifiestan que en casa por las tardes puede llegar a tardar horas en realizar su tarea, la cual además lleva sin hacer muchas veces al colegio. P dice que es porque no le da tiempo, ya que pasa algunas tardes mucho tiempo en casa de su abuela y allí hay mucho ruido y no se puede concentrar. Sus padres comentan que en casa demanda absoluto silencio cuando se pone a realizar sus tareas.

Cuestionario de Depresión para Niños, CDS:

La depresión en los niños no presenta los mismos síntomas que en los adultos. Los niños pueden presentar problemas de conducta, reacciones como fobias escolares, dificultades en el aprendizaje, berrinches y mal humor, tendencia a los accidentes, holgazanería, autodestrucción, alteraciones digestivas y en el sueño, dolores de cabeza. Irritabilidad, llantos incomprensibles o explosiones de mal temperamento. (Lang y Tisher, 2003).

Este test se subdivide en dos escalas: Total Depresivo y Total Positivo. Las puntuaciones obtenidas por Pablo en cada una de las subescalas y lo que mide cada una son:

- **Total Depresivo:**
- Respuesta Afectiva RA: alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto, de tal forma que a mayor puntuación, mayor número de respuestas afectivas negativas. P obtiene una Pd=34; **PC=99**
- Problemas Sociales PS: se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño. Pd=29; **PC=87**.
- Autoestima AE: se relaciona con la intensidad de sentimientos, conceptos y actitudes de tipo negativo del niño en relación con su propia autoestima y valor. Pd= 17; **PC=20**.
- Preocupación por la muerte, salud PM: alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad o muerte. Pd= 13; **PC= 12**.
- Sentimiento de Culpabilidad SC: referida a la autopunición del niño. Pd= 24; **PC=40**.
- Depresivos Varios DV: cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad. Pd=31; **PC=50**.

- **Total Positivo:**
- Ánimo-Alegría AA: alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o a su incapacidad para experimentarlas. A mayor puntuación, mayor carencia de dichos elementos existe en la vida del niño. P obtiene una Pd=34, **PC=99**.
- Positivos Varios PV: incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad y cuya ausencia (puntuación alta) pueden suponer importantes manifestaciones depresivas en el niño. P obtiene una Pd=33; **Pc=96**.

Los resultados obtenidos por P en este cuestionario son los que realmente en el centro más nos preocupan y principal detonante de este informe y la derivación del alumno a un psicólogo infantil.

Los padres de P manifiestan en reiteradas ocasiones que el hijo es muy mentiroso. Que desde pequeño está siempre llamando la atención y no entienden porqué ese afán, si es al hijo al que más atención le prestan. Que él no tiene que acaparar todo el tiempo ya que sus hermanas también lo necesitan. Que no disfruta de ninguna actividad de las que hacen juntos toda la familia. Su padre dice “a veces parece un zombi. Sólo le gusta la tele, pero si se la quitásemos, le daría igual. Le quitamos la Nintendo, a la que estaba “enganchado” y ni siquiera la ha vuelto a pedir, lo mismo le ha pasado con la bicicleta”. Que reclama desde pequeño mucha soledad; desde pequeño se ha aislado (se metía dentro de una caja o bajo la mesa y allí podía quedarse hasta dormido)

Su tutora nos comenta que cuando le pide que haga una composición escrita, normalmente la temática versa sobre niños a los que les ocurre algo, están desamparados, abandonados o se pierden. Una vez escribió una historia de un niño que salía sólo a la calle, se perdía y terminaba atropellándolo un coche.

B. NIVEL DE ADAPTACIÓN PERSONAL Y SOCIAL

La tutora de manifiesta que P se encuentra bien adaptado en la clase, los compañeros lo han aceptado y le ayudan cuando lo necesitan. En los recreos P juega sin problemas, como cualquier otro alumno. Sin embargo él vierte opiniones totalmente contrarias: dice que desde que llegó sus compañeros no le tratan bien, que le molestan y le ofenden constantemente; que en los recreos le hacen cosas para que se sienta mal, todo ello a propósito. Esto hace que el alumno se sienta siempre muy desdichado e incurra frecuentemente en llantos e incluso rabietas.

Con respecto a su adaptación personal, tanto expresado verbalmente por el alumno como en los resultados obtenidos en las distintas pruebas, observamos que P tiene una adaptación personal adecuada; él no considera que la raíz de sus problemas sea él mismo, sino que vienen de fuera (locus de control externo), lo que le hace creer que no tiene oportunidad de cambiar las situaciones.

C. ÁREA DEL LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

P tiene un buen nivel lingüístico y comunicativo, se expresa correctamente, incluso con un nivel superior a su edad. Es capaz de comunicar sus sentimientos y peticiones de manera clara y fluida.

D. DESARROLLO PERCEPTIVO-MOTRIZ

Durante el desarrollo de la evaluación no se observan especiales dificultades en este nivel.

E. AUTONOMÍA PERSONAL

P es un niño autónomo en los cuidados personales habituales (aseo, vestido, comida), no así para la realización de las tareas escolares, que necesita una persona a su lado constantemente.

CONCLUSIONES Y MODALIDAD EDUCATIVA RECOMENDADA

A la vista de los resultados obtenidos en las diversas pruebas y entrevistas realizadas, observamos que el alumno tiene buenas capacidades intelectuales, pero presenta algún problema de atención y concentración que le repercute en que los resultados tanto a nivel de evaluación psicopedagógica como sobre todo escolares, no sean los esperados según sus aptitudes.

Sin embargo y lo que más preocupa son los datos obtenidos en el Cuestionario de Depresión. Los resultados parecen indicar que el alumno podría estar sufriendo un cuadro depresivo, lo cual le está interfiriendo, entre otras cosas, en su rendimiento académico y probablemente en su atención-concentración.

Por estos motivos proponemos:

- Asistencia del alumno a un especialista, para que se presenten estos resultados y establezca las pautas que considere oportunas tomar.
- Dar al alumno un refuerzo positivo cuando trabaje correctamente, termine las tareas y se porte de manera adecuada, pero a su vez ser firmes cuando se considere necesario.
- Mantener reuniones periódicas con su tutora para valorar los resultados de las actuaciones específicas que se lleven a cabo con el alumno.
- Contacto periódico con la familia e implicación de esta para con su hijo, aspecto este fundamental para que P pueda cambiar sus sentimientos con respecto a su papel en la familia y en el colegio y repercuta positivamente en una mejoría global del alumno.

En, a 15 de marzo de 2008.

Fdo: .-----