UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Psicología. B. Psicobiología y M. de las Ciencias del Comportamiento.

LA DEPRESIÓN INFANTIL

José Luis Moya Palacios

Magisterio. Psicólogo Clínico. Psicólogo del Lenguaje. Máster en P. Sofrológica. Máster en Hipnosis Clínica. Miembro de la <<American Association of Professional Hypnotherapists>>. Exprofesor A. Universidad de Salamanca. Consulta privada. ExPsicopedagogo del E. M. de A. Temprana del M.E.C. de Salamanca.

LA DEPRESIÓN INFANTIL

José Luis Moya Palacios
Psicólogo Clínico.
Psicólogo del lenguaje.
San Pablo 66-80 1º C Esc.2
37008 Salamanca
923-269665
Ana María M. Merchán
Técnico Superior de Educación Infantil

RESUMEN: Se plantea qué es la depresión infantil, factores desencadenantes, signos de alarma y alerta en la familia y el aula, terapia psicológica, estrategias para superar el problema.

PALABRAS CLAVES: depresión infantil, detección, desencadenantes depresivos, terapia de la depresión, estrategias.

INTRODUCCIÓN:

La depresión infantil es una realidad cada vez más presente, tanto en el marco familiar como en el escolar.
"Depresión", etimológicamente, significa, hundimiento, sensación cercana a la que refieren los deprimidos de encontrarse en un pozo.

Podríamos definir la depresión infantil como *el trastorno psíquico consistente en un estado de abatimiento, malestar e infelicidad que interfiere en la vida del niño. Lo que caracteriza este cuadro clínico es una serie de sentimientos negativos: tristeza, soledad, desesperación, baja autoestima sentimientos de culpa, etc. y cuya intensidad y duración supera los estándares medios de la población infantil*.

Los primeros estudios sobre la depresión infantil surgen del trabajo de diversos investigadores: Akerson (1942), Spitz (1945), Bowlby (1951), Horlow (1961).
En 1965, la depresión infantil fue considerada como entidad psicopatológica por el Nacional Institute of Mental Health.

Entre *un 5 y un 8% de la población infantil padece depresión* en algún momento de la de la etapa académica.

No todos los niños experimentan la depresión de la misma manera, en su génesis y desarrollo; los síntomas, varían de persona a persona.
Dependiendo de la gravedad de estas manifestaciones, *el proceso depresivo puede clasificarse de: leve, moderado o grave*

Se han descrito *dos niveles de depresión* en niños:

A) *Mayor:* cuando los síntomas superan las dos semanas de duración.
B) *Trastorno distímico*: el cuadro de tristeza se prolongo más allá del mes.

Como docentes o padres, debemos tener en cuenta cualquier hándicap emocional que se manifieste a través de comportamientos anómalos, especialmente en la conducta infantil, o en los rendimientos escolares. En los niños, cualquier síntoma que suponga *un empeoramiento del estado emocional, psicoafectivo, cambios conductuales, aumento de la conflictividad, etc., pueden tener, de base, un cuadro depresivo.*

Hay profesionales que sostienen que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la que surge (*Depresión Infantil Evolutiva*).
Otros, entienden que la depresión tiene una sintomatología íntimamente conexionada con problemas de conducta (*Depresión infantil enmascarada*).

Sería importante aclararnos terminológicamente, y no confundir los conceptos *"depresión, y ansiedad infantil".* Adjuntamos cuadro comparativo.

CUADRO COMPARATIVO: ANSIEDAD - DEPRESIÓN INFANTIL

	ANSIEDAD INFANTIL	DEPRESIÓN INFANTIL
CONCEPTUALIZACIÓN	Considerado un conflicto, pero no una psico-patología, la ansiedad infantil suele presentarse entre niños de 3 o 3 y medio años de edad, hasta de 6 o 6 y medio años y manifestarse de tal modo que le cause sufrimiento y problemas de adaptación. La ansiedad es el conjunto de respuestas de pensamiento, fisiológicas y motoras que hemos aprendido a dar y son poco válidas para resolver una situación. Si nos enfrentamos a cualquier situación que requiera un esfuerzo para resolverla, ya sea físico o intelectual, nuestro organismo debe activarse: tensando los músculos, bombeando más sangre y respirando más rápidamente, memorizando lo aprendido, entre otras.	Para que exista depresión, primero el niño tiene que haber conseguido la función psíquica de la tristeza Casi todo problema de desajuste psíquico en los niños está impregnado de ansiedad y de depresión, de forma irregular e intercambiable. Pudiera estar provocada por factores externos al niño, que le agreden de una manera directa o indirecta, o conflictos personales del niño más internos.
CARACTERÍSTICAS	Los niños pequeños con ansiedad suelen confundir fantasía y realidad ya que su mundo imaginativo está mucho más en acción que el de los adultos. Aunque no deja de ser una experiencia natural -como el miedo, la tristeza o la soledad- , si se repite de un modo sistemático y sus efectos son muy acusados y exagerados, puede llegar a convertirse en una situación sin salida. Es frecuente que los niños manifiesten gran cantidad de miedos irracionales (a estar solos, a irse a la cama con la luz apagada, etc.) y presenten trastornos del sueño o pesadillas congruentes con sus temores.	- Si no se atienden a tiempo pueden acarrear problemas hasta la edad madura. - Puede afectar diversos aspectos (cognitivo, afectivo, motriz, etc.).
FACTORES QUE LA PRODUCEN	Pueden ser genético-hereditarias, deberse a factores temperamentales (los casos aumentan en niños tímidos) o a factores ambientales (bajo nivel cultural, problemas económicos, divorcios, drogadicción de uno de los padres, etcétera). Muy a menudo el fundamento de este problema es el alto nivel de exigencia hacia los hijos.	- Son múltiples los factores que pueden provocar la depresión infantil.
MANIFESTACIONES CONDUCTUALES (ÁMBITOS BIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS)	BIOLÓGICOS: **Tensión motora**. Se caracteriza por temblor, dolor muscular, inquietud motora, fatigabilidad, etc. **Hiperactividad vegetativa**: disnea, taquicardia, disfagia ("nudo en la garganta"), sensación de inestabilidad, sudoración, náuseas, etc. Morderse las uñas. Enuresis nocturna. Dolores de estómago sin justificación orgánica. Migrañas PSICOLÓGICOS: **Hipervigilancia**: exageración de las respuestas de alerta o de alarma, sensación de que "va a pasar algo", dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, irritabilidad e hiperactividad. Problemas conductuales. Agresividad. Inhibición. Rebeldía, desobediencia. Enojo constante.	BIOLÓGICOS: - Alteración del sueño, en el comer, pérdida de apetito, pérdida de peso; o aumento del apetito y ganancia de peso, cefaleas, vómitos, dolores abdominales. - Quejas frecuentes de enfermedades físicas, por ejemplo dolor de cabeza o de estómago. - Sufre una regresión, hablando como un bebé u orinándose en la cama. - Se comporta de una manera agresiva, sufre ataques de rabia u hostilidad persistente, se irrita o sensibiliza frente a pequeñas frustraciones, montando rabietas o berrinches con más facilidad. PSICOLÓGICOS: - Alta sensibilidad al fracaso y al rechazo. - Tendencia constante a descalificarse (soy tonto, no sirvo). - Desmotivación (no valgo la pena), f*alta de fuerzas* (no puedo), a*utocrítica y desvalorización* (no valgo). - Deterioro en los estudios , concentración deficiente y ausencias frecuentes de la escuela ,aislamiento social, comunicación pobre, problemas para relacionarse, pierde el interés por los juegos preferidos y por la escuela ,se aleja de sus amigos y de la familia.

ABORDAJE TERAPÚETICO	Si la terapia es por medio de la psicoterapia lo importante es darle un sentido a esa emoción y hacer comprender al niño qué le sucede, pues para él no está del todo clara la razón de sentirse angustiado. Durante la terapia lo ayudamos a entender, por ejemplo, lo que hay detrás de su miedo a la oscuridad, de las figuras amenazantes, humanas o imaginarias (fantasmas, brujas, monstruos), lo que representan y cuál es su función. A esta técnica se denomina elaborar y ayuda a que en su momento el niño comprenda el suceso, lo afronte y, progresivamente, lo supere. Lo primordial, es resolver el núcleo de la ansiedad y no limitarnos a las manifestaciones clínicas, de lo contrario, podría suceder que desplace el síntoma a otra área de desarrollo.	- Dar más atención de la normal al niño. Jugar con él ya que así le será más fácil hablar sobre sus problemas. Leerle libros infantiles con temas relacionados, dibujar, pintar, construir un puzzle con el niño. Dedicarle un momento especial y único y así, crear un ambiente más cercano y de confianza. - Si el niño ha sobrepasado el límite de la normalidad, habrá que buscar ayuda y apoyo medico. El diagnóstico y tratamiento temprano de la depresión son esenciales para los niños deprimidos. - A lo largo de la historia diferentes modelos han tratado de dar explicación a la Depresión infantil. Podemos agruparlos en dos grandes bloques: - Modelo Biológico: la depresión infantil se produce por una alteración de los neurotransmisores y la manera de tratar será mediante la administración de psicofármacos. - Modelo Psicológico: En el modelo psicológico podemos distinguir tres corrientes: - **Psicoanálisis:** Cree que la depresión se produce por la falta de autoestima o la muerte de un ser querido. - **Conductual**: Se cree que la depresión infantil se produce por falta de reforzamientos. - **Cognitiva**: Postula que el niño se deprime porque se producen distorsiones cognitivas en él respecto a: sí mismo, el mundo que lo envuelve, el futuro.
ABORDAJE EN EL AULA	Los docentes deben evitar etiquetar a los niños. Éstos, cambian de un día, una semana o un mes a otro, y el 'niño travieso' es el 'niño travieso por ahora' y el 'niño triste' es el 'niño triste por ahora'. Se debe recordar que su comportamiento es abierto y se modifica si evoluciona bien. Los docentes no deben tomar las cosas como algo personal. En ocasiones los niños, sacan a relucir con el educador sus enojos, tristezas y frustraciones, pero no significa rechazo hacia ellos, sino contra lo que representan: la autoridad.	El docente debe reforzar la autoestima, y dejar que expresen sus sentimientos. Recibir como premio elogios en cada buena acción realizada. Ayudar al alumno en relación a su rendimiento escolar, no dejando que el mismo afecte su depresión.

Sandy Santamaría

¿CÓMO DETECTAR LA DEPRESIÓN INFANTIL? SIGNOS DE ALARMA Y ALERTA

Es fundamental el papel que juega la familia y el centro educativo, a la hora de descubrir y establecer, tempranamente, el incipiente cuadro depresivo.

La detección eficaz, vendrá determinada por:

- *El conocimiento que padres y educadores tengan del niño:* estilo de vida, manifestaciones conductuales, aptitudes, actitudes.
- *El saber discernir qué es lo normal y qué es lo raro o patológico* en el comportamiento infantil.
- El estar al corriente y analizar los comportamientos del niño:
  - **Antecedentes:* desencadenantes de la conducta. Sucesos, acontecimientos significativos que han generado determinadas formas de actuación.
  - * *Conductas consiguientes:* Situaciones que puede mantener determinado comportamiento.

Partiendo de las descripciones de: Romeu, y Méndez (1988), se establece el siguiente cuadro de síntomas de alarma y alerta por edades.

EDAD	SÍNTOMATOLOGÍAS DEPRESIVAS SEGÚN EDAD
NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS	• Llanto inmotivado, lloros desacostumbrados .Incapaz de disfrutar como en el pasado. Tristeza, decaimiento. • Pérdida del interés por las actividades de antes. Descenso del nivel de actividad lúdica. • Quejas somáticas: dolores en la cavidad epigástrica. • Problemas de tipo alimenticio. • Irritabilidad por encima de los niveles aceptados como normales. • Preocupación por el castigo. • Detenciones del desarrollo. • Fobia escolar. • Apatía, falta de iniciativa. • Regresión a conductas de encopresis/enuresis. • Autoagresiones: darse cabezazos, ingesta de objetos.

NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS	• Tristeza aparentemente inmotivada. • Cognición y pensamientos distorsionados. • Quejas somáticas continuadas: cefaleas, vómitos, dolores abdominales. • Agitación psicomotriz y ansiedad (no reactivas a nada en concreto). • Agresividad: ataques de ira, rabia, hostilidad frente a pequeños estímulos. • Apatía y desánimo. Sensación de "aburrimiento". Desmotivación ("*no tengo ganas*")… • Falta de energía ("*no puedo*"), autodescalificación ("*no valgo para nada*"). • Sensación de "*estar superado por las exigencias del medio*". • Falta de concentración, inatención. Deterioro de todo lo que suponga ilusión esfuerzo académico. • Dificultades de adaptación: retraimiento social, alejamiento de las relaciones familiares. • Fobia escolar. Bajo rendimiento escolar. Problemas importantes de desadaptación académica. • Trastornos del sueño. Cambios en los hábitos de sueño. Bruxismo (rechinar de dientes), miedos. • Astenia y fatiga o pérdida de energía. Anorexia. • Alteraciones en la esfera sexual, hipersexualidad. • Indecisión. Alta sensibilidad al rechazo y al fracaso. • Ideas o conductas obsesivas y/o autodestructivas. • Ideas de muerte recurrentes (no necesariamente ideas de suicidio). • Preguntas angustiadas acerca del más allá. • Baja autoestima e ideas autoincapacitantes. • Problemas de atención, humor depresivo y/o posibles regresiones: lenguaje infantilizado, enuresis.
EDAD ADOLECENTE	• Mismos síntomas que en la edad prepuberal. • Conducta negativista o claramente antisocial. • Robos a la propia familia o robos en establecimientos. • Agresividad desacostumbrada. Protesta. • Consumo de alcohol, cigarrillos y/o drogas. • Deseos de abandonar la casa familiar. • Sentimiento de no ser comprendido (alienación) o aprobado. • Malhumor e irritabilidad fuera de lo común. • Desgana para cooperar en actividades familiares y/o escolares. • Tendencia a recluirse en la propia habitación. • Desinterés por el aseo personal. Incomodidad, malestar, melancolía. • Dificultades académicas, apatía, fracaso escolar. • Retraimiento social con hipersensibilidad; especial respuesta al rechazo en relaciones amoroso-afectivas. • Trastorno del estado de ánimo, desmoralización y falta de alegría. • Desinterés por cosas que antes le atraían.

DIAGNÓSTICO: FACTORES DESENCADENANTES:

Frente a cualquier cambio brusco e inhabitual del comportamiento de su hijo, ya sea en el marco familiar o escolar, *consulte a los profesionales* (Servicio de psiquiatría infantil - psicología), ellos le orientarán partiendo del diagnóstico.

El diagnóstico clínico, permite establecer, de forma precisa y pormenorizada, la interacción de los diferentes factores y componentes que constituyen el cuadro depresivo infantil.
Normalmente, *todo proceso depresivo infantil parte de unos factores desencadenantes:*

A) *Endógenos:* (Orgánicos, genéticos, bioquímicos). Disfunción del sistema neuroendocrino:
   - Implementación o aumento de los niveles de cortisol.
   - Decremento de la serotonina (neurotransmisor cerebral).
   - Influencia de la herencia (antecedentes familiares, padres depresivos).

B) *Exógenos:* con base en:
   - *La conducta:*
     - Ausencia de reforzadores del medio escolar, familiar. Hundimiento de la autoestima infantil, etc.
     - Desencadenantes teratógenos (acontecimientos vividos como traumáticos por el niño: separación de padres, muertes de seres queridos, mascotas, etc.).
     - Dificultades en el manejo de la comunicación y déficits en habilidades sociales.
   - *La cognición:*
     - Establecimiento de juicios peyorativos sobre sí.
     - Creencias irracionales.
     - Atribuciones negativas.

- Experiencias de fracaso.
- Pérdida del control sobre sí y el medio: *"no puedo"… "es imposible"…"es superior a mis fuerzas"…*

- *Los procesos psicodinámicos:*
  - Pérdida de los drives motivadores y la autoestima.
  - Pérdida de los referentes psicoafectivos de apego familiar, escolar.

Gran parte de las veces, los factores desencadenantes del cuadro depresivo residen en:

- Una base de *predisposición genética*.
- En un *transfondo paterno-materno depresivo*.
- En un acontecimiento vivido como traumático por el niño: pérdidas, fracasos reiterados, *indefensión aprendida*[1], autoculpabilización o culpabilizaciones por parte de la familia.
- *Problemas familiares:* retirada real o imaginada del afecto, nuevo hermano, rotura de vínculos, separaciones, nuevas relaciones de madre y padre, inestabilidad en la convivencia, disputas, violencia, etc.…
- Otros problemas: Nivel de permisividad y exigencia de padres y profesores, fracaso escolar, niño que no puede colmar las expectativas de los padres, etc.

Estos y otros acontecimientos, pueden desatar la angustia y la tristeza infantil, generando impotencias, lenguajes internos desestructurantes, desmotivadores y todo el florido repertorio clínico del cuadro depresivo.

Al intervenir los profesionales, van a reclamar, de padres y educadores, una serie de datos mediante entrevistas, para conformar la *historia clínico-madurativa del niño*[2]. Con éste, tendrán diversos encuentros y le aplicarán una batería de pruebas y test (Escalas auto y heteroevalutivas) para establecer la sintomatología depresiva[3], contextos emocionales[4], y plantear un diagnóstico diferencial, en base a la edad, características, e intensidad de síntomas.

Se establecerá, seguidamente, el tratamiento que normalmente suele ser farmacológico y psicológico

SUPERACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFATIL: ESTRATEGIAS DE AYUDA

A) TERAPIA PSICOLÓGICA

---

[1] *La Indefensión aprendida*:
- Es un estado, en el cual, se aprende que ante sucesivos fracasos, se haga lo que se haga, el sujeto no va a conseguir el objetivo. Este aprendizaje, si perdura, provoca a la larga depresión.
- Es una condición psicológica en la que un sujeto aprende la creencia de que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil. La indefensión aprendida desvitaliza, hace que el sujeto se autoincapacite. La teoría de la indefensión aprendida, postulada por el psicólogo Martín Seligman, ha sido utilizada para explicar el mecanismo de la depresión. Cuando estamos deprimidos percibimos que nuestra situación vital es dolorosa, y no distinguimos ninguna solución ni ninguna posible vía de escape a nuestro alcance; nos sentimos mal y no podemos hacer nada para cambiarlo.

[2] *La historia clínica infantil incluye*: Antecedentes personales: Hª perinatal, Hª del desarrollo, antecedentes patológicos, Hª Psicosocial, Hª educativa. Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica, episodios depresivos en padres, abuelos… Situaciones escolares y acontecimientos sociais adversos. Patologías orgánicas o psicológicas en el niño. Conocer si el niño ha sufrido alguna pérdida familiar, de alguna mascota significativa, separación de los padres, o cualquier otro evento teratógeno. Evaluar el estado emocional: pruebas diversas. Observación conductual infantil Valoración diagnóstica. Tratamiento: farmacológico – psicológico.

[3] Entre otros inventarios el CDI: Inventario de depresión infantil "*Children´s Depresión Inventory*" (María Kovacs 2004). Los datos que se obtienen de las contestaciones al cuestionario, aportan conocimientos sobre:
- El nivel de depresión infantil.((Del Barrio 1997): tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida).
- La disforia (que produce malestar, inquietud, humor depresivo, tristeza, preocupación. Lo opuesto a euforia.)
- Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.).

[4] El cuestionario de Ansiedad Infantil CAS de John S. Gilles, es un instrumento para describir e interpretar los contextos emocionales infantiles.
Permite:
A) Detectar en los primeros años de escolaridad los posibles trastornos ansiosos para poder iniciar el adecuado tratamiento.
B) Posibilita valorar, de forma sistemática, las repercusiones emocionales que sobre el niño tienen las situaciones nuevas a que constantemente ha de enfrentarse.

Normalmente la terapia de la depresión infantil, desde el plano de la ayuda psicológica, supone establecer pasos progresivos en los que diacrónicamente, progresivamente, el niño va adquiriendo conductas y habilidades nuevas para superar el problema.

- El niño, con ayuda del especialista, aprenderá *estrategias de respiración diafragmática* que le permitirá disolver las tensiones acumuladas en la cavidad epigástrica.
- En función de la edad, se le enseñarán *estrategias lúdicas de relajación* (*La marioneta, El muñeco de trapo*[5]*, la técnica de la tortuga, Entrenamiento Autógeno, relajación progresiva*), para afrontar sus desestabilizaciones y frente a los problemas, saber dar respuestas de relajación, incompatibles con la tensión.
- Con el niño, se llevará a cabo, igualmente, una *terapia racional emotiva*, que le permita tomar conciencia en función de la edad, del propio problema, reconduciéndole, de forma realista, al cambio cognitivo y al autocompromiso de mejorar las conductas desajustadas.
- Se le enseñarán estrategias de parada de pensamiento, reprogramación neurolingüística y visualización positiva.
- Mediante técnicas de modificación de conducta se trabajará en la mejora de su autoestima.
- Finalmente, se facilitará la adquisición de habilidades sociales según edad desmontando sus sentimientos de culpa.

AYUDA FAMILIAR

Paralelamente al proceso clínico, la acción psicoterapéutica debe extenderse a padres y educadores. Éstos recibirán un dossier con indicaciones del modo y la forma de ayudar al niño a superar su problema, entendiendo que familia y centro educativo, deben estar involucrados en la superación del hándicap infantil.

- Se les instruirá, para que estén atentos a los cambios, a las diferentes conductas disreguladas que traducen los procesos depresivos. Igualmente se les alentará par que observen los cambios positivos del hijo.
- Se enseñará a tratar al niño de la forma más normalizada posible, prestándole la atención que necesita dentro de un clima de confianza, cercanía y colaboración, poniendo freno a la erosión de su autoestima.
- Es importante, en las situaciones depresivas, tener tacto, comprensión, saber estar ahí. Valorar y conocer qué piensa el niño en base a un diálogo tranquilo y exento de reproches, aun cuando éste, tienda al autorepliegue.
- Hable a su hijo con un tono tranquilo y relajado, (recuerde que los niños son muy susceptibles y perciben los inconscientes de los padres y educadores) propiciando siempre la apertura, manteniendo el equilibrio en las expresiones verbales, absteniéndose siempre de utilizar el desprecio, la hiperexigencia y/o la ironía desmedida.
- Dentro del marco familiar y escolar, es importante crear un clima distendido, Recuerde: el mutismo o el silencio en la comunicación, generan miedos, inseguridades, interrogantes y suspicacias infantiles y posibles anticipaciones negativas.
- Educadores y padres deben evitar animar al niño depresivo con buenas palabras, invitándole a que salga, se divierta o se centre en las tareas académicas; tales actitudes, no suelen ir en la línea del cambio deseado, contribuyendo a crear más agobio en el niño.

5 MOYA PALACIOS, J. L.: La Marioneta (Una técnica de Relajación Infantil).Versión Cassette. Tecnodisco, Alcorcón, Madrid 1993.
MOYA PALACIOS, J. L.: El Muñeco de Trapo (Una técnica de Relajación Infantil).Versión Cassette. Tecnodisco, Alcorcón, Madrid 1993.

- Hay que hacer llegar la propia cercanía de padres y educadores; que el niño entienda nuestro aprecio incondicional, nuestro sincero deseo de bienestar, nuestra compresión profunda, a pesar de que él mismo, no llegue a comprenderse del todo.
- Dediquemos tiempo de calidad a nuestro hijo...
- En las situaciones de pérdida y duelo, no retroalimentar determinados sentimientos infantiles con verbalizaciones desafortunadas y compasivas…la compasión hunde y desanima más al niño depresivo.
- Padres y educadores deben saber revisar el propio estilo educativo, y hasta dónde puede llegar el niño cognitivamente para no demandarle, consciente o inconscientemente más de lo que pueda dar.
- Se debe tener en cuenta que las malas relaciones padres-hijos, educadores-alumnos, en ocasiones, pueden ser el origen del cuadro depresivo.
- Establezca dentro de las rutinas de niño, pequeñas frustraciones para que estas sean asumidas de forma lenta y progresiva como acontecimientos normales de la vida.
- Escuela y familia, deben prestar atención a la consecución de un positivo nivel de autoestima, incentivando en el niño la capacidad de autoafrontamiento.
- Valore, refuerce y estimule los pequeños logros de su hijo y/o alumno; eso le permitirá entender al niño que es artífice, desde el éxito, de sus propios progresos, contribuyendo a su expansión vital y a su autorrealización como persona.*"Se gana más con una gota de miel que con 100 cántaros de hiel"…*
- Es necesario mantener en el aula y en el marco de la familia un clima de calma ilusionante, de reto personal, de trabajo asumido por el niño y no de tediosa tarea impuesta.
- Desde el aula, y la atención individualizada de los educadores, es importante suprimir o minimizar las espirales de incompetencia y fracaso infantil, potenciando, permanentemente, la exoestima.
- Revise el tiempo que el niño permanece viendo la tele, tendido en la cama, metido en su habitación inactivo, jugando a la play…
- Utilice gestos y verbalizaciones afectivas; no ponga sistemáticamente el énfasis en los logros académicos a conseguir por el niño cuando éste ha fracasado.
- Es importante valorar los índices de "*ansiad estado*[6]*" y "ansiedad rasgo*[7]*"* en que se mueve el niño en el centro escolar y en la familia, para mejorar la integración y adaptación a ambos marcos.
- Constituye un factor de riesgo, el ser miembro de una familia con disposición a la depresión, a las voces y conductas disreguladas…
- De cara al niño, conviene que establecer cuáles han sido para él las pérdidas específicas o circunstancias significativas, y tratar de restablecerlas, en la medida de lo posible, indagando nuevas alternativas de satisfacción o reemplazo.
- Resulta sumamente eficaz desviar la atención infantil de las circunstancias perturbadoras, propiciando otros marcos, otras verbalizaciones, otras compañías, otras distracciones.
- Prevenir la depresión supone encontrar estímulos, motivaciones y alegría en las actividades cotidianas

Y finalmente, lo que creemos más importante desde el plano familiar y escolar es saber estar ahí, paciente, pero activamente presentes, ayudando al niño a madurar, a superar sus hándicaps personales desde la ternura, la comprensión y el trabajo constante y superador, sin

[6] **La Ansiedad estado** *(A/E)* está conceptualizada como una situación o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Puede variar con el tiempo y fluctuar con intensidad.

[7] **La Ansiedad rasgo** *(A/R)* señala una relativamente propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E) mediante anticipaciones negativas, etc..
Como concepto psicológico, la (A/R) posee características similares a los constructos o «motivos» (esas disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación.

impaciencias pedagógicas. Quien madura es el chico en base a oportunidades que propicien este proceso. El niño, el alumno, es el protagonista del camino, nosotros, profesionales y padres, su apoyo incuestionable en su propio devenir.

Para saber más:

- **El niño que no sonríe: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil, (2007).** Méndez Carrillo, F. Xavier , Ediciones Pirámide, S.A.

- **Tratando-depresión infantil, (2008**). Barrio Gándara, María Victoria del, Ediciones Pirámide, S.A.

- **La depresión infantil: estrategias de intervención educativa frente a esta problemática en primaria, (2009**). Molina Maldonado, Carmen Celia, Ediciones Didácticas y Pedagógicas S.L.