

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ATENCIÓN PRESTADA A LA DEPRESIÓN
INFANTIL EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN

CLAUDIA MARIA VERGARA MESA
MABEL DEL SOCORRO FERREIRA GIL
SARA CATALINA CORRALES CALLE

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARIA CANO
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
MEDELLÍN

2003

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ATENCIÓN PRESTADA A LA DEPRESIÓN
INFANTIL EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN

CLAUDIA MARIA VERGARA MESA
MABEL DEL SOCORRO FERREIRA GIL
SARA CATALINA CORRALES CALLE

Monografía para optar al título de
Psicólogas

Asesora metodológica
LAURA ELENA ZAPATA JIMENEZ
Administradora de empresas
Especialista en mercadeo

Asesora temática
VICTORIA EUGENIA VASQUEZ JARAMILLO
Psicóloga
Especialista en clínica

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARIA CANO
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
MEDELLÍN
2003

Nota de aceptación:

Presidente del jurado.

Jurado.

Jurado.

Medellín, 7 de Junio de 2003

AGRADECIMIENTOS

La vida se compone de pequeñas y grandes cosas que de una u otra forma nos llevan a trazar ideales en nuestras vidas, una de ellas es hacernos profesionales idóneos.

Al concluir esta etapa de nuestras vidas, queremos hacer un reconocimiento muy especial y darles los más sinceros agradecimientos a las profesionales Laura Zapata y Victoria Vásquez que orientaron con sus virtudes nuestro camino.

A mis padres que con su esfuerzo,
amor y dedicación permitieron que
mi carrera se hiciera realidad.

Claudia Vergara.

Construir mi carrera profesional ha sido un sueño hecho realidad por el gran apoyo incondicional de mi madre, hermanos y el municipio de Medellín a quienes dedico este título.

Mabel Ferreira.

A lo más bello que me ha dado la vida:
MI FAMILIA

Sara Corrales.

RESUMEN ANALÍTICO EJECUTIVO R.A.E.

TÍTULO: Estudio descriptivo de la atención prestada a la depresión infantil en las instituciones de salud del municipio de Medellín

AUTORES: Claudia Maria Vergara Mesa
Mabel Del Socorro Ferreira Gil
Sara Catalina Corrales Calle

TIPO DE IMPRENTA: Procesador de palabras Word 2000, imprenta Arial 12.

NIVEL DE CIRCULACIÓN: Restringida

ACCESO AL DOCUMENTO: Fundación Universitaria María Cano, Claudia Maria Vergara Mesa, Mabel Del Socorro Ferreira Gil y Sara Catalina Corrales Calle

PALABRAS CLAVES: Depresión infantil, atención tratamiento e instituciones prestadoras de salud.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO: El estudio surge de una reflexión del grupo investigador sobre la depresión en niños y su incidencia en el aprendizaje, la primera revisión documental e indagación con expertos llevó a la conclusión que sobre esta temática se había realizado múltiples investigaciones, por lo cual y siguiendo la misma línea, se decidió investigar sobre la atención a la depresión infantil en centros asistenciales del municipio de Medellín dado que se encuentran vacíos teóricos respecto a su contextualización y grandes diferencias a lo que se refiere a las formas de abordaje terapéutico.

El estudio se realizó con una entrevista semi estructurada y con una revisión bibliográfica que referencia los componentes teóricos a cerca de la depresión infantil.

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

Capítulo 1: Marco Teórico

- Definiciones de la depresión infantil desde distintos autores
- Sintomatología
- Problemas biológicos, afectivos y cognitivos asociados a la depresión
- Etiología
- Escuelas psicológicas y la depresión infantil (dinámica, humanista, cognitivo conductamental).
- Tratamiento (terapia familiar, de juego, breve intensiva y de urgencia con niños, cognitiva y conductuales, farmacología)

Capítulo 2: Investigaciones Realizadas En La Ciudad De Medellín

- Esquemas en las madres depresivas y su impacto en las pautas de crianza implementadas con sus hijos como factor de riesgo para la presencia de depresión en ellos. Universidad de Antioquia.
- Depresión infantil: prevalencia y concordancia de la información sintomatológica entre padres e hijos con base en cuestionarios y entrevistas clínicas. Universidad de Antioquia.
- Eficacia del tratamiento de la depresión infantil y adolescente.

Capítulo 3: Matriz de Análisis y estrategias

Son los resultados obtenidos a partir de las investigaciones hechas en las diferentes instituciones de salud y centros de atención en el municipio de Medellín.

METODOLOGÍA: Este documento se fundamenta en una investigación de tipo exploratorio con un modelo histórico hermenéutico.

CONCLUSIONES:

- En cuanto a los avances de la atención a la depresión infantil no existe un consenso claro respecto a ella, en las instituciones prestadoras de salud y centros de atención del municipio de Medellín.
- Se tiene en cuenta actualmente para el tratamiento de la depresión infantil en las instituciones prestadoras de salud y centros de atención del municipio de Medellín las terapias dinámicas y farmacológicas y en algunos casos la hospitalización.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	23
1. TÍTULO	24
2. DESCRIPCION Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	25
3. JUSTIFICACIÓN	27
4. OBJETIVOS	29
4.1. GENERALES	29
4.2. ESPECÍFICOS	29
5. MARCO TEORICO	30
5.1.DEFINICIONES	30
5.2. SINTOMATOLOGÍA	33
5.3. PROBLEMAS BIOLÓGICOS, AFECTIVOS Y COGNITIVOS ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN	36
5.3.1. Biológicos	36

5.3.2. Afectivos	37
5.3.3. Cognitivos	38
5.4.	ETIOLOGÍA
39	
5.5. LAS ESCUELAS PSICOLÓGICAS Y LA DEPRESIÓN INFANTIL	42
5.5.1. Escuela Dinámica	42
5.5.2. Escuela Cognitivo Comportamental	46
5.5.3. Escuela Humanista	52
5.6. TRATAMIENTO	54
5.6.1. Tratamiento Infantil	54
5.6.2. Terapia Familiar	54
5.6.3. Terapia De Juego Centrada En El Niño	55
5.6.4. Psicoterapia Breve, Intensiva Y De Urgencia En Niños	55
5.6.4.1. Diez Factores Específicos En La Psicoterapia Breve, Intensiva Y De Urgencia Con Niños	56
5.6.5. Psicofarmacología	57

5.6.5.1. Fármacos Específicos.	57
5.7. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN	59
5.7.1. Reatribución	61
5.7.2. Registro De Pensamientos Inadecuados	61
5.8. TERAPIAS CONDUCTUALES DE LA DEPRESIÓN	61
5.8.1. Estrategias Terapéuticas	61
5.9. TERAPIA COGNITIVA DE GRUPO PARA PACIENTES DEPRESIVOS 63	
5.10. INVESTIGACIONES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN	68
5.10.1. Proyectos En Ejecución Del Año 2001	68
5.10.2. Proyectos Terminados En Los Últimos Tres Años	68
6. METODOLOGÍA	71
6.1. TIPO DE ESTUDIO	71
6.2. POBLACIÓN	71
6.2.1. FUENTES PRIMARIAS	72

6.2.2.	FUENTES	SECUNDARIAS
72		
7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS		73
7.1. MATRIZ DE ANÁLISIS		73
7.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS		74
8. CONCLUSIONES		76
9. RECOMENDACIONES		78
BIBLIOGRAFÍA		
81		
ANEXOS		83

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	33
CUADRO 2. RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEPRESIVAS POR EDAD DESDE LA PERSPECTIVA PSICODINÁMICA 45	
CUADRO 3. ERRORES COGNITIVOS SEGÚN AARÓN T. BECK	48
CUADRO 4. RESUMEN DEL TRATAMIENTO A LA DEPRESIÓN	66
CUADRO 5. RESUMEN MARCO TEÓRICO	67

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. C.D.S, TEST DE LA FAMILIA, TERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPAL	83
ANEXO B. ENCUESTA	87
ANEXO C. PLEGABLE INFORMATIVO SOBRE DEPRESIÓN INFANTIL	88
ANEXO D. ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA	89

GLOSARIO

ACETILCOLINAS: sustancia del nervio vago, es una hormona que actúa como transmisor químico en el sistema parasimpático, y a veces también en el simpático y en el central. Su efecto es estimulante y obra como factor desencadenante en los impulsos nerviosos.

AGRESIÓN: conducta dirigida a la meta de lastimar a otro ser vivo que desea evitar este tratamiento.

ANHEDONIA: ausencia del sentimiento de placer sexual y, en general el avance de una desolación afectiva.

ANSIEDAD: estado de tensión difusa e irracional respecto a lo que pueda suceder en el futuro.

APEGO: un fuerte vínculo afectivo entre los infantes y las personas que lo cuidan.

ARROGANCIA: altanería, soberbia.

ATENCIÓN SELECTIVA: nuestra capacidad para atender solo a ciertos aspectos del mundo que nos rodea mientras ignoramos el resto.

AUTOESQUEMAS: marcos cognitivos de referencia que permiten organizar la información a cerca del yo.

AUTOESTIMA: el grado en que los individuos tienen sentimientos positivos o negativos acerca de sí mismos y de su propio valor.

AUTO DEPRECIACIÓN: es una minusvaloración personal debido a que los auto esquemas están desvalorizados o hay una imagen pobre de sí mismo.

DEPRESIÓN: desorden psicológico que incluye sentimientos intensos de tristeza, de desamparo, desesperanza y falta de energía.

DEPRESIÓN ANACLÍTICA: según Rene Spitz es un estado en el cual el paciente teme tanto una situación que se somatiza para que se le declare enfermo y evitar enfrentarse a ella.

DEPRESIÓN ENMASCARADA: se refiere a la depresión infantil por la que algunos psicólogos consideran que en el niño no hay un super yo debidamente estructurado para que entre en conflicto con las pulsiones del ello.

DEPRESORES: drogas que reducen la actividad del Sistema Nervioso y que por ende hace más lentos muchos procesos corporales y cognitivos. Entre los depresores se incluyen el alcohol y los barbitúricos.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA: forma de terapia conductual en que los individuos imaginan escenas o situaciones cuya capacidad para provocar ansiedad es cada vez mayor, y al mismo tiempo realiza procedimientos que inducen sentimientos de relajación.

DESORDENES ALIMENTICIOS: perturbaciones graves de los hábitos o patrones alimenticios que suponen una amenaza para la salud física y el bienestar del individuo.

DISFORIA: estado de ánimo caracterizado por la tristeza o el pesimismo.

DISTIMIA: esta patología se caracteriza por un bajo ritmo de acción y torpeza para realizar actividades en las que habitualmente se es muy competente.

DUALISMO PULSIONAL: es un estado de incertidumbre que se le plantea al yo respecto a cumplir con las demandas del ello o las pulsiones del super yo.

ELLO: en la teoría freudiana, la parte de la personalidad preocupada por la gratificación inmediata de las necesidades primitivas.

ENCIMÁTICA: se refiere a la acción de las encimas como catalizadores que aceleran o retrasan un proceso.

ESCISIÓN: se refiere a una división que en el caso psicológico genera conflictos porque cada instancia se aparta de la otra dificultando la integración dinámica del psiquismo.

ESCUELA DINÁMICA: es la escuela construida en los últimos años de la vida de Freud, esta escuela adquiere gran fuerza después de la muerte del creador del psicoanálisis; luego de esto adquiere el nombre de PSICOLOGÍA DEL YO y centró su estudio en las relaciones objétales (relación madre – hijo).

ESCUELA HUMANISTA: es la psicoterapia marcada en las corrientes filosóficas del existencialismo y la fenomenológica, que después de los 60 años se convirtió en la tercera fuerza, su objeto de estudio es el desarrollo de las potencialidades del hombre. Donde el hombre es libre y responsable a sus propios actos.

ESQUEMAS: marcos cognitivos de referencia que representan nuestro conocimiento de ciertos aspectos del mundo.

HIPERSOMNIO: desordenes que implican una cantidad excesiva de sueño o una urgencia abrumadora de dormir.

HIPERSENSIBILIDAD: la sensibilidad se potencia o magnifica anulando los mecanismos racionales que estabilizan la personalidad y disminuyendo la tolerancia a la frustración.

HIPOSENSIBILIDAD: es una disminución de la capacidad de percibir y sentir emocionalmente. Conlleva a la indiferencia que dificulta la relación e integración social.

INCONGRUENCIA: define una contradicción entre lo que se siente, se expresa o se vive y que conduce a una inestabilidad emocional.

INSOMNIO: desorden que implica la incapacidad para conciliar el sueño o para permanecer dormido.

INTROYECCIÓN: mecanismo mediante el cual la persona asume como propias las normas que le impone la familia o la sociedad.

LIBIDO: de acuerdo con Freud, la energía física que vigoriza toda la actividad mental.

MECANISMOS DE DEFENSA: técnicas utilizadas por el yo para mantener fuera de la conciencia los materiales amenazantes e inaceptables y de ese modo reducir la ansiedad.

MONOANÍMICOS: de mono un y animos vida hace referencia a corrientes filosóficas que solo aceptan una realidad psíquica única como es el caso del alma o del espíritu.

NEUROTRANSMISORES: sustancias químicas liberadas por las neuronas que transportan información a través de la sinapsis.

NEUROQUÍMICOS: todo tipo de fármacos alelopáticos que se utilizan para estimular o sedar las neuronas y sus conexiones para evitar o estimular la excitabilidad.

NEUROSIS DEPRESIVA: es un estado psicopatológico en el cual la persona se aísla, pierde motivación e interés por el entorno, revive las frustraciones del pasado y siente una angustia difusa respecto a su futuro.

NIÑEZ: el periodo entre el nacimiento y la adolescencia.

PERSPECTIVA PSICODINÁMICA: aproximación que sugiere que muchos aspectos de la conducta surgen de fuerzas ocultas dentro de nuestra personalidad.

PREPÚBERES: anterior a la pubertad.

PROYECCIÓN: mecanismo de defensa inconsciente opuesto a la introyección por el cual el sujeto atribuye a otros ideas, sentimientos e impulsos propios que son inaceptables para sí mismo.

PSICOTERAPIAS: procedimientos diseñados para eliminar o modificar los desordenes psicológicos por medio del establecimiento de una relación especial entre un cliente y un terapeuta entrenado.

PSICOSIS: término general aplicado a los trastornos mentales de etiología psicológica u orgánica en los cuales se presenta desorganización profunda de la personalidad, alteraciones del juicio crítico y la relación con la realidad, trastornos del pensamiento, ideas y construcciones delirantes y frecuentemente perturbaciones de la sensopercepción (alucinaciones).

SEROTONINA: sustancia que se produce en el organismo en el curso del metabolismo del triptófalo por oxidación y descarboxilación.

SINAPTICA: región de comunicación y transmisión de impulsos entre el axón de una neurona y las dendritas o cuerpo celular de otra neurona.

SUPERYO: de acuerdo con Freud, la parte de la personalidad humana que representa la conciencia.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: forma de terapia diseñada para superar la depresión cambiando los patrones auto defenestrantes de pensamiento.

TERAPIA COGNITIVA: psicoterapia que se centra en modificar las formas fallidas o distorsionadas de pensamiento para aliviar los desordenes psicológicos.

TERAPIA FARMACOLÓGICA: esfuerzos por tratar los desordenes psicológicos por medio de la administración de medicamentos apropiados.

TERAPIA HUMANISTA: formas de psicoterapia que se basan en la suspensión de que los desordenes psicológicos se deben a condiciones ambientales que obstaculizan el crecimiento y el desarrollo.

TERAPIA PSICODINÁMICA: terapia basada en la suposición de que los desordenes psicológicos surgen principalmente de conflictos internos ocultos con deseos e impulsos reprimidos.

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (T.D.H.): desorden psicológico en que los niños son incapaces de concentrar su atención en cualquier tarea por mas de unos cuantos minutos.

YO: en la teoría freudiana, la parte de la personalidad que considera de manera racional la realidad externa en la expresión de las pulsiones instintivas sexual y agresiva.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una temática que ha sido abordada desde las diversas corrientes de la psicología y ha sido caracterizada de acuerdo con sus factores etiológicos y síntomas. Esto no sucede con la depresión infantil, respecto a la cual hay definiciones contradictorias que llegan hasta el extremo de negar su existencia; sin embargo, los diversos cuadros clínicos que existen con relación a ella demuestran su realidad, con manifestaciones similares a la depresión en el adulto. Dado que también existen diferencias, no se han logrado unificar criterios respecto a ella, por lo tanto tampoco se han logrado avances significativos en la terapia. En Medellín hay diversas instituciones que atienden la depresión infantil y que se diferencian en cuanto a su concepto, enfoque y técnicas terapéuticas.

El presente trabajo tiene como propósito indagar sobre dicha temática, escogiendo como población todas las instituciones que prestan el servicio de salud mental en el municipio de Medellín a partir de una muestra significativa, que agrupa instituciones prestadoras de salud, centros de atención y consultorios universitarios, para identificar la manera como es tratada la depresión infantil en estas instituciones. Para la recolección de la información se utilizará una entrevista semi estructurada.

El trabajo se inicia con una delimitación de la problemática; continúa con la descripción de los referentes teóricos y metodológicos y termina con los resultados obtenidos a partir de las visitas realizadas y las estrategias que se formulan para atender tal patología que, según las primeras exploraciones, tiende a incrementarse en cuanto a cantidad y grado en el municipio de Medellín.

Es un modelo histórico hermenéutico el cual va a perfilar la evolución y el estado actual de la depresión a partir de las interpretaciones de las respuestas dadas por los profesionales entrevistados.

Se trata de un estudio exploratorio, que pretende servir como referente para nuevas investigaciones focalizadas, que constituyan el punto de partida para acciones institucionales y que contribuyan a aminorar los efectos de la depresión infantil en las distintas comunidades del municipio.

1. TEMA

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ATENCIÓN PRESTADA A LA DEPRESIÓN
INFANTIL EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN**

2. DESCRIPCIÓN Y FOMULACIÓN DEL PROBLEMA

La depresión es investigada desde diversas corrientes y su tratamiento se realiza sin tener en cuenta un diagnóstico diferencial que permita definir el contexto social y familiar del niño depresivo.

En Medellín, concluyen diversas entidades tanto públicas como privadas, que disponen de buenos recursos para la atención integral de esta problemática, se cuenta con un talento humano competente y capaz para afrontarla; sin embargo, el aumento de la depresión originado por la crisis social y familiar disminuyen su eficacia de la misma manera, una falta de consenso respecto a la sintomatología de la depresión y la misma diferencia en las terapias utilizadas, disminuyen la pertinencia y la eficacia de la misma.

Desde la perspectiva de la psicología comunitaria, no se conocen campañas masivas que permitan prevenir esta patología, a pesar del énfasis que se hace en ella a partir de las formulaciones contenidas en la Ley 100 de 1993.

La falta de ese consenso se presenta también respecto a la depresión infantil como objeto de investigación, ya que mientras para algunos existe y para otros se presenta encubierta, hay quienes la reducen a un solo síntoma y finalmente hay quienes la niegan como constructo teórico.

La depresión puede definirse como la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, que ocasiona la pérdida de interés por las cosas que antes se disfrutaban. Es una enfermedad que cobra notables dimensiones si se tiene en cuenta que uno de cada veinte personas la padece. Una creencia común radica en que sólo los adolescentes y los adultos pueden sufrirla, pero estudios realizados desde las diversas corrientes psicológicas demuestran que la enfermedad también tiene notable incidencia en los niños, cualquiera sea su edad. Sus causas de tipo genético, biológico, psicológico y social la definen como un problema que afecta todas las estructuras y dimensiones del ser humano.

Algunos, sin embargo, plantean que la depresión infantil no existe o que en el mejor de los casos se presenta encubierta, enfocando su atención desde muy diversas perspectivas.

En el caso del municipio de Medellín, dicha atención se da en forma reactiva, sin definir un cuadro clínico objetivo, y ensayando diversos métodos para su tratamiento.

La finalidad de este trabajo consiste, precisamente, en conocer la atención que se le ha dado a la depresión infantil desde las diferentes corrientes psicológicas.

Se pretende responder a la siguiente interrogante:

¿Cómo es tratada la depresión infantil por las entidades que prestan el servicio de salud mental en el municipio de Medellín?

3. JUSTIFICACION

En un mundo convulsionado por la violencia, la inequidad y la inmersión de antivales, la depresión cobra cada día dimensiones más importantes. En los países desarrollados, por el vacío existencial producido por una sensación de hastío; en los países en vía de desarrollo, por la pobreza y la falta de alternativas para mejoramiento de la calidad de vida, al menos de vida digna.

Esta situación se plantea con mayor fuerza cuando se trata de niños y adolescentes, quienes perciben que no existen escenarios prospectivos que permitan alcanzar metas y propósitos esperanzadores para su futuro social y económico.

Los datos que permanentemente se presentan respecto de que una de cada veinte personas es depresiva, solo se circunscriben a las estadísticas, quedando muchos más casos por fuera de este criterio.

En el caso de los niños, deben agregarse otros elementos como el desconocimiento de los padres de familia de la sintomatología de la depresión, además de la falta de parámetros unificados por parte de las instituciones y de los profesionales sobre la detección de este cuadro patológico.

Lo anterior muestra la novedad y justifica la utilidad y pertinencia de esta investigación:

Utilidad porque valora una problemática que afecta no sólo a la persona depresiva sino a su entorno familiar y social; pretende además aportar elementos psicológicos para la atención de la depresión, facilitando al psicólogo y a las instituciones respectivas, contar con un referente práctico para abordar dicha problemática. Así mismo, porque la exploración bibliográfica y de fuentes primarias en las universidades y en los diferentes centros de información hospitalaria, permitió inferir vacíos conceptuales y carencias respecto a materiales que permitan profundizar respecto a la temática.

La novedad de la investigación deriva de la definición de nuevos parámetros, que desde el punto de vista de una perspectiva integral, contribuyan a modificar las

creencias y las formas de percibir la depresión, estableciendo sus verdaderas dimensiones y alcances, de tal modo que se la perciba y considere como una patología reversible y susceptible de abordaje terapéutico.

La pertinencia teórica radica, por una parte, en la inferencia de vacíos conceptuales de la documentación revisada, en la cual se encontraron grandes diferencias en los tratamientos y las terapias y, por otra, en la presentación de alternativas de diagnósticos diferenciales y de estudios de casos, que faciliten la unificación de conceptos, tanto desde la perspectiva psiquiátrica como desde la psicológica, para la atención de este tipo de depresión.

Por último, metodológicamente se descubre que solo una investigación cualitativa puede dar respuesta a estos interrogantes; obviamente, la cuantitativa es necesaria para describir las tendencias y las causas asociadas con la depresión y que no están tipificadas en esta investigación, además que permite identificar los procesos y procedimientos que aplican las instituciones para su tratamiento.

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL

- Indagar por los avances de la atención a la depresión infantil en instituciones prestadoras de salud mental en el municipio de Medellín.
- Describir los componentes que se tienen en cuenta actualmente para el tratamiento de la depresión infantil en las instituciones prestadoras de salud mental en el municipio de Medellín.

4.2. ESPECIFICOS

- Referenciar los conceptos teóricos que contextualizan la problemática de la depresión infantil.
- Elaborar un diagnóstico diferencial respecto a la atención y tratamiento que se presta a la depresión infantil a nivel institucional.
- Identificar los procesos y procedimientos utilizados para la atención de la depresión infantil en el municipio de Medellín.
- Sugerir estrategias que puedan contribuir a la atención eficaz de la depresión infantil.

5. MARCO TEORICO

5.1. DEFINICIONES

“Depresión es el estado de sentirse triste, decaído emocionalmente y perder interés en las cosas que antes se disfrutaban. Es una enfermedad como pueden serlo la diabetes o la artritis, no es solo una sensación de tristeza o desánimo. Esta enfermedad evoluciona cada día afectando pensamientos, sentimientos, salud física y forma de comportarse de la persona. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. Es una enfermedad médica que es muy frecuente y puede afectar a cualquier persona”.¹

También se puede definir como una emoción por la cual nos sentimos tristes, nostálgicos, vacíos, melancólicos, sin ganas de vivir. La expresión de ese sentimiento será distinta en cada sujeto que la experimenta, pero la tristeza, el llanto fácil, el abatimiento, la desesperanza serán comúnmente vivenciados.

El concepto de depresión en la niñez, bajo la denominación genérica “depresión infantil”, fue incluido por primera vez entre las alteraciones mentales propias de la infancia en el año de 1966 por el “Grupo para el Avance de la Psiquiatría” (G.A.P.).

Bassas y Tomas plantean que: “Este acontecimiento reciente, es consecuencia de un debate científico en el que se han evidenciado serias dificultades para definir esta entidad clínica”².

Las características específicas del desarrollo del niño y la edad, tomados como variables moduladoras de la depresión infantil, han servido de apoyo a diferentes concepciones teóricas cuyos planteamientos se extienden desde la negación de la

¹ <http://www.ciudadfutura.com/psico/secciones/depresion/de-definiciones/de-sintomatologia>.

² BASSAS Y TOMAS citados por LONDOÑO MORALES, Doris Adriana y ZEA BUSTAMANTE, Juan Carlos. Suicidio Infantil. Medellín: (S.E.), 2001. p. 80.

existencia de este trastorno en la infancia hasta la inclusión de un gran número de síntomas psicológicos en su definición.

“En las décadas de 1920 y 1930 dentro de la teoría psicoanalítica, se postulaba que los niños no experimentaban “neurosis depresiva” debido a que el super yo no se ha interiorizado, por lo cual, los niños eran incapaces de experimentar culpa”³.

Aun contando con descripciones clásicas de cuadros depresivos en niños como la de Rene Spitz en 1946 y John Bowlby en 1954, entre otros, desde algunas corrientes psicoanalíticas se ha negado la posibilidad de la depresión en la infancia.

Rene Spitz⁴, mediante la observación detallada del comportamiento del niño, que era sometido a la privación materna durante su primer año de vida, reportó la presencia de síntomas depresivos. El término usado por Spitz para describir la privación emocional parcial en niños (de 3 – 5 meses) fue “depresión anaclítica”, que significa “proyectarse en”.

En el primer año de vida, el infante se apoya en la madre para su desarrollo, lo que significa que si la privación emocional persistía mas de cinco meses, los síntomas de la depresión anaclítica empeorarían cada día mas y surgía un nuevo cuadro clínico denominado por Spitz como “hospitalismo” y sus consecuencias (no poder sentarse, mantenerse en pie, ni caminar, ni hablar) serían irreversibles.

“Otros estudios, como el de John Bowlby en 1951 y 1960, relacionaron la pérdida de vínculo en la infancia con el surgimiento de un cuadro depresivo. Harry Harlow en 1958 – 1960, estudió el efecto de la privación de cuidados maternos en los macacos jóvenes de la India. Sus estudios describieron que la privación y la alteración del comportamiento de vinculación conducían al desarrollo de psicopatología grave incluyendo la depresión profunda, retraso en el desarrollo y psicosis”⁵.

³ SHAFTE, Mohammed y SHAFTE, Sharon Lee. Depresión en niños y adolescentes. Barcelona: Martínez Roca, 1995. p. 40.

⁴SPITZ, Rene. Citado por KOPLAN, Harol y SADOCK, Benjamín. Sinopsis de Psiquiatría. Octava edición. Barcelona: Martínez Roca, 1999. p. 123.

⁵ BOWLBY, John citado por Ibid., p. 125.

En los años 60, autores como Glaser y Nissen introducen el concepto de “depresión enmascarada”. Ellos argumentaban que los niños no están en condiciones para reflejar este tipo de emociones, por su dificultad para expresarse verbalmente, así que la depresión se observa a través de otros síntomas equivalentes como la agresión, miedos o quejas somáticas ⁶.

Beck (1970) define la depresión como un “estado anormal del organismo, que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo, actitudes pesimistas, una pérdida de la espontaneidad”.⁷

“En el año de 1977, Kovacs y Beck haciendo una revisión de la literatura debatieron el término de depresión enmascarada señalando que el término era engañoso e innecesario. Observaron que muchas de las conductas incluidas bajo el concepto de depresión enmascarada eran motivos de quejas frecuentes en adultos deprimidos, y que en el caso de la depresión adulta no se considera que enmascaren la depresión sino que son parte integrante de la misma. Cantwell y Carlson en 1987 reafirmaron esta opinión en un estudio realizado con niños de un hospital psiquiátrico”.⁸

En la misma época, autores como Lefkowitz y Burton⁹ afirmaron que los síntomas característicos de la depresión en niños eran inestables y además eran independientes de la edad; se debían considerar como pasajeros y como un fenómeno evolutivo sin trascendencia.

En 1980 Costello¹⁰ rebate estas afirmaciones, demostrando que si un patrón de comportamiento en función de la edad tiende a disminuir no significa que no sea patológico.

⁶GLASER Y NISSEN citados por Ibid., p. 156.

⁷BECK, Aarón y Otros. Terapia Cognitiva de la Depresión. 12 edición. España: Desclee de Brower, 2000. p.38.

⁸ CANTWELL, Dennis P. y CARLSON, Gabrielle A. Trastornos afectivos en la infancia y en la adolescencia. España: Martínez Roca, 1987. p. 163.

⁹LEFKOVITZ y BURTON citados por Ibid., p. 164.

¹⁰COSTELLO citado por SHAFFE y SHAFFE. Op. Cit., p. 166.

Esta idea fue apoyada por un gran número de investigadores como Lindsey Tweed y Laszlo Gyulaai, entre otros, que permitían verificar que las perturbaciones psicopatológicas de niños y adolescentes, lejos de separarse en forma espontánea, progresan y se estructuran como una patología definida en la edad adulta, en ausencia de intervenciones oportunas.

El interés por el estudio de la depresión en niños ha aumentado cada vez más, y en la década de 1980 se acepta ampliamente que existe un síndrome clínico de depresión infantil cuyos síntomas esenciales se manifiestan de manera similar a como se presenta el síndrome depresivo en la vida adulta.

Los criterios diagnósticos para el adulto son aplicados a los niños, con algunas variaciones menores, como el estado de disforia que puede presentarse como estado de irritabilidad, la duración de un año en lugar de dos en la distimia, y la falta de aumento de peso en lugar de su pérdida (APA, 1994).

5.2. SINTOMATOLOGÍA

Uno de los instrumentos básicos para establecer el diagnóstico de la depresión en general es el DSM IV - R.¹¹

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representen un cambio con respecto a la actividad previa. Uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días.
Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable;
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días;
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o

¹¹ PICHOT, Pierre y Otros. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV. Madrid: Masson S.A., 1994. p. 345-352.

aumento o disminución del apetito casi todos los días. Nota: en los niños hay que valorar el fracaso en lograr un aumento de peso previsto;

4. insomnio o hiperinsomnio casi todos los días;
5. agitación y enlentecimiento psicomotores casi todos los días (observables por los demás, no meras sensaciones de quietud o de estar enlentecidos);
6. fatiga o pérdida de energía casi todos los días;
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi todos los días (no los simples auto reproches o la simple culpabilidad por el hecho de estar enfermo);
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena);
9. pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Cuadro 1. Criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor.

Además de la depresión, el DSM IV - R describe trastornos del estado de ánimo que incluyen la manía. Por manía se entiende un estado de ánimo subido, expansivo o irritable de un modo anormal y un exceso de actividad.

El diagnóstico puede englobar la manía o la manía combinada con la depresión (como sucede en los trastornos bipolares). Se considera que los trastornos maníacos son poco frecuentes en los niños, que el diagnóstico en este grupo de edad es difícil y que, en comparación con la depresión, hay muy poca información disponible. No obstante, hay ciertas observaciones que indican que los trastornos que incluyen episodios maníacos pueden empezarse en la adolescencia.

El predominio del sistema del DSM IV - R y el descubrimiento realizado por varios investigadores como Mark S. Bauer y David Dunner, respecto de que pueden aplicarse los criterios para adultos sin tener que modificarlos para diagnosticar los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, han contribuido a que esta perspectiva se haya aceptado cada vez más. Además, la idea inherente al enfoque del DSM IV R en el sentido de que los trastornos del estado de ánimo hallados en los niños y adolescentes son los mismos que los hallados en adultos, muchos de los atributos cognitivos, correlatos biológicos y comportamientos encontrados en los adultos deprimidos se han hallado en niños y adolescentes.

En la aplicación del DSM IV - R para el diagnóstico de depresión mayor, no existen categorías de diagnóstico separadas para los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes. A pesar de todo, se reconoce la posibilidad de

que se manifiesten distintos síntomas en función de la edad. Por ejemplo, en los niños prepúberes síntomas tales como las afecciones somáticas o el retraimiento social, pueden ser particularmente frecuentes, mientras que síntomas como el retardo psicomotor o las ideas delirantes son menos corrientes. Así mismo, un estado de ánimo irritable puede estar sustituyendo a un estado de ánimo depresivo en el niño como en el adolescente.

“La depresión no es otra cosa que sentirse triste de forma patológica. La norma consiste en que nos entristecemos cuando vivimos un acontecimiento que tiene una connotación negativa o amenazante, o de pérdida”.¹²

La tristeza patológica viene acompañada de un catálogo de síntomas indeseables. La depresión se asocia a la alteración de una serie de factores que van íntimamente unidos. Estos son:

- **“AFECTIVOS:** cuyo máximo exponente es el sentimiento de tristeza. Aunque es ésta el principal síntoma, hay pacientes en los que la tristeza está oculta, y predominan otros sentimientos más difusos como la sensación de estar desamparado o desvalido y la desesperación.
- **COGNITIVOS:** la alteración del humor deteriora la capacidad cognitiva. Los pacientes depresivos no piensan bien, tardan más tiempo en tomar decisiones. Una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, lo que se conoce como la Tríada Cognitiva (Beck).
- **CONDUCTUALES:** los depresivos por lo general desatienden sus compromisos sociales, abandonan las aficiones, rinden menos en el trabajo o estudio. Además la depresión causa serias alteraciones físicas y vegetativas como los trastornos del sueño y del apetito (Enrique M. Coperías).
- **MOTIVACIONALES:** se sumergen en un estado continuo de anhedonia, es decir, que muestran una disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.

¹² ESPINOSA, Juan David. Claves para combatir la enfermedad del siglo. En: Muy Interesante. Medellín. Vol. 14, no.164, junio 1999. p. 17.

- **FISIOLÓGICOS:**

- ✓ **Alteraciones del sueño.** Las perturbaciones del sueño son uno de los síntomas más acusados de la depresión. La mayoría de los pacientes depresivos presentan algún tipo de alteración del sueño. Entre los problemas se incluye la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana.
- ✓ **Alteraciones sexuales y del apetito.** La pérdida del apetito y la pérdida sexual, son con frecuencia los primeros signos de la depresión, ambos síntomas parecen ser manifestaciones de la pérdida de placer generalizada que experimenta la persona en relación con cualquier actividad.”¹³

5.3. PROBLEMAS BIOLÓGICOS, AFECTIVOS Y COGNITIVOS ASOCIADOS A LA DEPRESION

5.3.1. Biológicos

Como dice Belloch¹⁴, los problemas biológicos están relacionados con los defectos de la neurotransmisión asociadas con:

- disminución de la síntesis de catecolaminas
- disminución de la liberación sináptica
- hipersensibilidad del autoreceptor presináptico
- hiposensibilidad del receptor posináptico
- excesiva recaptación presináptica
- actividad enzimática aumentada

¹³BECK. Op. Cit., p. 155-170.

¹⁴BELLOCH, Amparo y Otros. Manual de Psicopatología Vol. 2. Madrid: McGraw-Hill, 1995. p. 380–396.

Tres sustancias principalmente, se han considerado implicadas en el desarrollo de la depresión. Ellas son las catecolaminas, indoluminas y acetilcolinas”.

5.3.2. Afectivos

Los estudios de Beck y otros establecen una tipología de síntomas afectivos como los ya vistos, la cólera, la distracción, el humor, llanto, sentimientos de indecisión y de ansiedad, pero además tienen en cuenta la motivación y la dependencia. Respecto a la primera dice:

La ausencia de motivación del paciente para llevar a cabo incluso las tareas más singulares suelen ser uno de los síntomas principales de la depresión. El paciente sabe lo que tiene que hacer pero no tiene el deseo o estímulo interno para hacerlo. En la mayoría de los casos permanece inmóvil porque cree que es incapaz de realizar la tarea o considera que no recibirá satisfacción por su realización. La pérdida de motivación positiva va acompañada de una fuerte tendencia a evitar actividades constructivas, cuando el problema es económico, a la desesperanza y al deseo de escapar se puede unir una fuerte tendencia al suicidio al cual teme profundamente a la vez”.

También se puede presentar una marcada dependencia por la cual pide nueva ayuda a los demás y cuando ésta le es prestada, le causa un alivio temporal que redundará en una mayor dependencia y falta de seguridad.

5.3.3. Cognitivos

Ya que los problemas afectivos fueron vistos con anterioridad, corresponde aquí traer aspectos cognitivos que son muy característicos en los cuadros de depresión infantil.

La ideación es uno de los principales factores que afectan al deprimido. Este puede sentir que su familia o situaciones anteriores pueden ser la causa y por lo

tanto tiende a abandonarlos. Tomar decisiones en este estado es muy negativo y es mejor proponerlas para tiempos mejores.

Otro de los problemas de los pacientes depresivos, es la tendencia a tener a sus familiares como abandonadores en cuanto perciben en forma negativa el mundo exterior, el sí mismos y el futuro. El exceso de trabajo o la falta de éste puede abrumar la persona y en tanto no se le involucre en la búsqueda de respuestas creativas, se pueden presentar bloqueos.

Otros factores cognitivos, sintomáticos, es la autocrítica, el paciente suele culparse excesivamente por cualquier hecho y a reaccionar con rechazo porque siente que no se le entiende.

En lo que se refiere a la depresión infantil, hay preguntas de sí realmente existe y presenta dos tendencias: Risso¹⁵.

La de aquellos que rechazan esta posibilidad basados en que el niño al no poseer un adecuado desarrollo cognitivo, difícilmente presenta auto evaluaciones distorsionantes. De otro lado, la de quienes afirman que en el niño se presenta una depresión disimulada que es similar a la de los adultos pero presenta síntomas únicos y que pueden resumirse así:

- En niños no parecen existir diferencias sexuales en cuanto a prevalencia, pero las niñas tienden a mostrar mas relaciones entre depresión, conducta no verbal y quejas somáticas.
- En los niños se presenta menos tendencia al suicidio.
- No presentan tantas dificultades para el sueño como sucede con adolescentes y adultos.
- Hay una alta taza de disforia y evitación social.

¹⁵RISSE, Walter. Depresión: Avances recientes en cognición y procesamiento de la información. Colombia: Ed. Gráficas Ltda., 1992. p. 102.

En lo que respecta a la culpa, el resentimiento y los pensamientos negativos hacia el futuro, no se encuentran diferencias.

Pero convergen en los cuatro aspectos que caracterizan los estados de ánimo: Disforia, pensamientos negativos, motivacionales y somáticos.

En los niños la presencia de un estado disfórico puede no ser evidente, y aunque la expresión verbal, facial y corporal pueden parecer compatibles con la tristeza, las verbalizaciones congruentes con el estado de ánimo depresivo no siempre acompañan el caso. En algunos se presenta irritabilidad y mal humor, en otros puede darse la negación a realizar tareas que antes le eran deseables, un sentimiento de inutilidad puede reflejar más un miedo a fracasar que un rechazo a la autoridad. El niño puede mostrarse hipo-activo, pero por lo general se expresa en forma hiperactiva y casi siempre se presenta aislamiento social y fracaso escolar.

5.4. ETIOLOGÍA

Existen diversas causas por las que el ser humano puede manifestar un cuadro depresivo, las cuales pueden ser de tipo genético, biológico, psicológico y social, que afectan todas las estructuras y dimensiones del hombre.

A veces una situación emocionalmente mala (pérdida de un familiar o un problema de trabajo) puede desencadenar la depresión, provocando que el paciente no se pueda recuperar completamente; pero en otras ocasiones, se presenta incluso cuando todo en sus vidas marcha bien. Entre el 10% y el 15% de las depresiones son provocadas por un problema médico (enfermedad de la tiroides, el cáncer o enfermedades neurológicas) o por medicamentos. Una vez que se da tratamiento a la enfermedad, se ajusta la dosis y el medicamento adecuado, la depresión desaparecerá.

Nadie está libre de padecer este trastorno, aunque existen algunos factores que pueden predisponer a las personas a sufrir depresión: la edad, las influencias de entorno, las experiencias infantiles y los rasgos de personalidad son algunos de ellos; la herencia también juega un papel importante (la existencia de antecedentes familiares con depresión llega hasta triplicar el riesgo de padecerla).

Los primeros estudios acerca de los hijos de padres deprimidos (un grupo de alto riesgo) y los estudios familiares con trastorno depresivo primario, fueron llevados

a cabo por Rutter¹⁶ en 1966. Se encontró que era más probable que los hijos de padres psiquiátricamente enfermos presentaran a su vez trastornos psiquiátricos, que los hijos de padres con enfermedades médicas crónicas. Sin embargo, Rutter no pudo probar la correlación entre el tipo de trastorno del padre y el tipo de trastorno del hijo.

La mayoría de los estudios del trastorno depresivo todavía se encuentran en el ámbito de investigación descriptiva clínica. Se sabe muy poco del peso relativo que desempeñan los factores genéticos y ambientales en el síndrome del trastorno afectivo en la infancia, en comparación con los datos que se disponen en lo que adultos se refiere. En la actualidad sólo se dispone de los estudios de familias y los de alto riesgo, que indiquen que hay factores genéticos que están actuando en el síndrome del trastorno afectivo en la infancia.

No lejos de muchos aspectos que encierran la depresión infantil, el entorno familiar y la escuela son factores ambientales importantes en la incidencia de la conducta futura del niño. No olvidemos que el grupo familiar es el primer agente de socialización del niño con una alta influencia en el desarrollo de su estabilidad emocional, lo que constituye una clave fundamental para la aparición de la depresión infantil.

“La literatura científica señala que existe una relación estrecha entre la separación de los padres y la aparición de depresión en los hijos hallándose vinculados el conflicto parental con el mal ajuste y la baja autoestima de los niños”¹⁷.

“En este sentido, entre los resultados negativos del divorcio se destaca el incremento de la ansiedad, la depresión, la baja autoestima y el mayor número de problemas escolares”.¹⁸

Sin embargo, existe otra situación en los hogares monoparentales donde también se presentan problemas con el rendimiento escolar (Buceta y Cols, 1986)

¹⁶RUTTER citado por CANTWELL y CARLSON. Op. Cit., p. 222.

¹⁷COOPERSMITH, citado por HERNÁNDEZ, Blanca Jenny. Caracterización de componentes de depresión en niños y niñas entre los 7 y los 12 años. Medellín: (S.E.). 2001. p. 26-36.

¹⁸ GWYNN y BRANTLEY, citados por FRÍAS, Dolores. Área de la metodología de las ciencias del comportamiento. Valencia: Blasco Ibáñez. 2000. p. 122.

reflejada en la inseguridad que los niños perciben desde el hogar. Por eso, Brenner (1984) afirma que todos los investigadores coinciden en que un año después del divorcio, los niños presentan problemas de aprendizaje y depresión.¹⁹

Otros factores pueden ser los neurotransmisores monoamínicos, tales como la noradrenalina y la serotonina, están entre los más estudiados para determinar la etiología neurobiológica de los trastornos depresivos. Se supone que ciertas deficiencias relativas de estos dos neurotransmisores dan lugar a ciertos tipos de depresión.

La hipótesis de las monoaminas sugiere que los antidepresivos alivian la depresión bloqueando la recaptación de estos neurotransmisores en la hendidura sináptica en el Sistema Nervioso Central.

Los estudios neuroquímicos y neuroendocrinos de niños depresivos, han representado un campo limitado de trabajo. Un tema importante en relación con los estudios biológicos en niños depresivos ha sido el de la ética. En comparación con los estudios biológicos de pacientes depresivos adultos de los que se puede obtener, una vez informados, el consentimiento directo para procedimientos invasivos, estos mismos procedimientos en niños, aun autorizados por los padres, producen inquietud en el ánimo de los investigadores”.²⁰

5.5. LAS ESCUELAS PSICOLÓGICAS Y LA DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión infantil es un tema relativamente nuevo dentro de la psicología, por tanto es necesario mostrar la posición de las diferentes corrientes teóricas, con el propósito de ampliar la información, pues ellas desde sus diferentes bases teóricas, enriquecen el conocimiento acerca de esta patología.

5.5.1. LA ESCUELA DINÁMICA

¹⁹BRENNER, citado por SIGUAN, Miguel. Estructura familiar y depresión infantil. Anuario de Psicología. España: Ed. Fontalva S.A. 1992. p. 120-129.

²⁰BELLOCH. Op. Cit., p. 380-396.

La conceptualización dinámica sobre la depresión infantil se centra en las teorías de Melanie Klein, quien plantea que ésta surge en el estado de percepción del objeto total, cuando se ha superado el periodo en el cual el niño estaba protegido del sufrimiento depresivo gracias a los mecanismos de escisión, proyección e introyección.

Las pulsiones agresivas y libidinales del niño quedan separadas y surgen mecanismos complementarios como la negación, idealización y desvalorización del objeto, los cuales le permiten reconocer objetos buenos y malos pero que pueden confluir en la figura materna. El niño puede defenderse de esta ambivalencia, acentuando la escisión o buscando a través del desplazamiento y la sublimación, restaurar y preservar el objeto bueno de sus ataques sádicos.

Klein reformula desarrollos teóricos de Freud y de autores como Winnicott; rechaza el dualismo pulsional entre el super yo y el ello y prefiere los términos de inquietud y compasión para definir el momento en que el niño se da cuenta del carácter despiadado de conducta para la madre.

Según esta corriente la posición depresiva del niño se sitúa cuando la madre deja de ser todo poderosa a los ojos del niño.

Bowlby considera que la depresión se presenta entre los cinco meses y los tres años por la reacción del niño ante la separación materna y que conlleva a las siguientes fases.

“FASE DE PROTESTA. El niño llora, se agita, intenta seguir a sus padres y se muestra inconsolable.

FASE DE DESESPERO. El niño se rehúsa a comer, no se deja vestir, se queda callado, inactivo y parece estar sumido en un estado de dolor.

FASE DE DESVINCULACION. No rehúsa la presencia de las enfermeras, acepta sus cuidados, la comida y los juguetes pero al volver a ver a su madre no le reconoce, grita, llora o se aparta de ella.

La semiología de la depresión en el niño “mayor” se caracteriza por las siguientes conductas.

- Humor disfórico
- Auto depreciación
- Comportamiento agresivo
- Trastornos del sueño
- Modificaciones en el rendimiento escolar
- Retraimiento social
- Modificación de la actitud hacia la escuela
- Quejas somáticas
- Pérdida de la energía habitual
- Modificación inhabitual del apetito y/o del peso”²¹.

Los síntomas de la depresión en el niño están vinculados a la respuesta depresiva, al sufrimiento depresivo y a la defensa contra la situación psicopatológica. Entre los síntomas vinculados con la respuesta, es frecuente que algunos niños manifiesten un estado de postración, se aíslen, se les dificulte jugar o cumplir con tareas sencillas. El llanto y la tristeza expresan el enojo, la indiferencia y la fatiga, mientras que sus expresiones verbales como “no sé o no puedo” indican desvaloración. En lo que se refiere a los síntomas asociados al sufrimiento depresivo se presenta pasividad, desinterés, conductas fóbicas, dejadez en la presentación personal y pérdida frecuente de objetos.

Cuando la depresión se intensifica se puede presentar heridas repetidas, actitudes peligrosas y castigos incesantes en la escuela. Como síntomas asociados con la defensa, se presenta la turbulencia, inestabilidad, comportamientos de oposición, protesta, cólera, manifestaciones agresivas y otros relacionados con robos fugaz y conductas delictivas.

“Depresión del bebe y del niño pequeño (hasta 24 meses). En estos casos se observan aun autenticas depresiones anaclíticas. Bebes o niños postrados, abatidos, de mirada apagada, aislados en la apariencia, indiferentes al entorno, retraídos. Se observa ausencia de las manifestaciones de alerta o de los juegos propios con las manos o con los sonajeros. Tampoco curiosidad exploratoria... por el contrario, las auto estimulaciones son frecuentes: balanceos en posición genopectoral, rítmias solitarias nocturnas o al adormecerse. Pero sobre todo diurnas, gimoteos. Las auto estimulaciones pueden llegar a ser conductas auto agresivas. Las grandes adquisiciones psicomotoras se retrasan, retraso en el

²¹DELGADO, Ricardo. Cognición y Desarrollo Humano. Medellín: Ed. Gráficas. 2002. p.47.

sentarse, en el andar y en el control de esfínteres, consiguiéndose todo ello en los límites superiores al periodo normal. Con frecuencia, estos niños inician el andar hacia los 20 meses. La expresión fenomática y el habla se hallan siempre retrasadas y profundamente perturbadas. En consecuencia el retraso en el lenguaje será casi siempre constante. La evolución a largo plazo parece caracterizarse por la atenuación progresiva de esta sintomatología mas evidente.

Depresión del niño pequeño (3 años a 5 – 6 años). A esta edad, las manifestaciones sintomáticas de la depresión son especialmente variadas. Si bien los síntomas directamente vinculados a la depresión pueden observarse en el transcurso de una separación o de una pérdida brusca, lo más frecuente son los comportamientos de lucha contra los sentimientos depresivos. Las perturbaciones conductuales se hallan eventualmente en primer plano. Aislamiento y retraimiento, a veces calma excesiva, pero lo que se observa con mas frecuencia es la agitación, la inestabilidad manifiesta, las conductas agresivas, auto y sobre todo hetero agresivas, y auto estimulación prolongada, especialmente comportamientos masturbatorios crónicos y compulsivos. Búsqueda afectiva intensa que alterna con actitudes de arrogancia, negativas a relacionarse, cólera y violencia al menor rechazo. A veces se dan oscilaciones del humor, con alteraciones de estados de agitación eufórica y luego de llanto silencioso.

Las adquisiciones sociales propias de esta edad están por lo general perturbadas.

No hay juego con los otros niños ni autonomía en los hábitos de la vida cotidiana (vestirse, limpiarse). Los trastornos somáticos son habituales: trastornos del sueño, con frecuencia despertar nocturno, pesadillas, somnolencia diurna, trastorno del apetito con oscilaciones entre el rechazo del alimento y la fase bulímica, enuresis y en ocasiones también encopresis intermitente. En relación con el adulto, la sensibilidad a las separaciones puede ser extrema, la demanda de atención es tan intensa que imposibilita cualquier actividad autónoma. El niño busca sin cesar el agrado o “complacer” al adulto. En estas condiciones la inserción en la escuela maternal es por lo general difícil o imposible, dado que la incorporación al grupo infantil no se soporta, y el niño necesita una relación diádica. “Las tonterías son frecuentes en una búsqueda manifiesta del castigo del adulto, como sanción a una imaginaria culpabilidad, siempre presente”.

Depresión del niño mayor (5 – 6 años a 12 – 13 años): Lentamente, el niño dispone de medios cada vez mas elaborados o diversificados para expresar el sentimiento depresivo. A esta edad, la sintomatología parece reagruparse en torno a dos ejes:

1.Las manifestaciones directamente vinculadas al sufrimiento depresivo, a veces con conducta de autodepreciación, autodesvalorización y sufrimiento moral directamente expresado.

2.La frecuente emisión de comportamientos vinculados a la protesta y a la lucha contra los sentimientos depresivos”.²²

EDAD	CARACTERÍSTICAS
24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Postrados • Abatidos • Mirada apagada • Aislados en apariencia • Indiferentes al entorno • Retraídos • No hay curiosidad exploratoria
3 años a 5 – 6 años	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento • Retraimiento • A veces calma excesiva • Agitación • Inestabilidad • Conductas auto y hetero agresivas • Comportamientos masturbatorios crónicos y compulsivos • Violencia al menor rechazo
5 – 6 años a 12 – 13 años	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas de auto depreciación • Auto desvaloración • Sufrimiento moral directamente expresado • Protesta y lucha contra los sentimientos depresivos

Cuadro 2. Resumen de las características depresivas por edad desde la perspectiva psicodinámica.

5.5.2. LA ESCUELA COGNITIVA COMPORAMENTAL

Es una de las escuelas que mejor ha trabajado el diagnóstico y la evaluación de la depresión en el niño. La entiende como un estado de ánimo generalizado de

²²AJURIAGUERRA, J. Psicopatología del niño. Barcelona: Ed. Masson S.A., 1987. p. 35–36.

infelicidad. Es una experiencia subjetiva de tristeza o disforia por la cual el niño pierde la experiencia de placer, experimenta retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse y se alteran algunas de sus funciones biológicas como el comer, dormir y la eliminación apareada de síntomas somáticos.

Esta corriente difiere de la dinámica en cuanto encuentra mucha similitud entre las características de niños, adolescentes y adultos, con lo cual quiere mostrar que la depresión en la niñez no existe como una entidad clínica diferente de los fenómenos del desarrollo.

Desde su perspectiva de objetividad, la psicología cognitiva realiza entrevistas y utiliza instrumentos y escalas que permitan caracterizar a los niños depresivos en los grupos; al respecto se puede describir el siguiente inventario:

- Quien juega solo
- Quienes piensan que son malos
- Quienes no lo vuelven a intentar cuando han perdido
- Quien se queda dormido en clase
- Quien parece a menudo solitario
- Quien dice que no sabe hacer las cosas
- Quien llora a menudo
- Quien se preocupa mucho
- Quien no juega
- Quien no participa
- Quien no se la pasa muy bien
- Quien piensa que no le cae bien a los demás

Si se señala con una V se tipifica la conducta depresiva.

Si se señala con una F se esta caracterizando una vivencia de felicidad.

Al lado de quién te gustaría sentarte en clase. Quiénes son los niños que te gustaría, fueran los mejores amigos. Estos ítem indican aceptación.

La corriente cognitiva es quizá, la que mejor ha definido los factores etiológicos que inciden en la depresión así como las consecuencias de la depresión en los padres sobre el comportamiento de los niños.

A diferencia de la Escuela Dinámica, plantea la posibilidad de tratar la depresión infantil mediante la farmacoterapia, pero también mediante una técnica cognitivo conductual que enfatiza en la educación, la reestructuración de los pensamientos distorsionados negativos, la auto observación de acontecimientos agradables y la resolución de problemas en grupos destinados a mejorar el comportamiento social.

El modelo cognitivo enfatiza los síntomas perceptivos, atributivos y de creencias que subyacen en los síntomas depresivos.

El modelo de Beck: asume que la depresión está producida por una disfunción cognitiva que ocasiona en el sujeto una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Este modelo centra su atención en conductas encubiertas, e implica tres conceptos específicos para explicar el substrato de la depresión:

1. **“La tríada cognitiva:** posee tres componentes. Primero se centra en la visión negativa de sí mismo que tiene el sujeto deprimido, el segundo consiste en que el deprimido interpreta sus experiencias de forma negativa y el tercero se refiere a que además de estas alteraciones cognitivas, todos los restantes síntomas de la depresión son consecuentes de estos patrones cognitivos negativos. De esta forma las cogniciones negativas pueden explicar síntomas como el afecto negativo.
2. **Esquemas depresógenos u “organización estructural del pensamiento” que establece el depresivo.** Beck utiliza en este contexto el término “esquema” para designar los patrones cognitivos relativamente estables con los que los sujetos atienden selectivamente a los estímulos y conceptúan las situaciones. En los estados psicopatológicos, tales como los depresivos, las conceptualizaciones del individuo se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados muy poderosos que producen distorsiones de la realidad y van incapacitando cada vez más al individuo para caer en cuenta que sus interpretaciones negativas son erróneas. Mediante el modelo de “esquema”, Beck trata de explicar por qué en el paciente depresivo se mantienen ciertas actitudes indeseables y contraproducentes para él.
3. **Errores cognitivos:** Beck cita los siguientes:

INFERENCIA ARBITRARIA	El sujeto adelanta una determinada conclusión en ausencia de evidencia que la apoye.
ABSTRACCIÓN SELECTIVA	El sujeto se centra en detalles, generalmente extraídos fuera de su contexto, e ignora las características relevantes de la situación; tiende a evaluar y valorar las experiencias con base en detalles fragmentados.
EXCESIVA GENERALIZACIÓN	El depresivo obtiene conclusiones a partir de un incidente o de varios aislados, con la cual tiende a juzgar otras situaciones similares.
MAXIMIZACIÓN MINIMIZACIÓN	Y Exagera o minimiza la significación o magnitud de un acontecimiento.
PERSONALIZACIÓN	Tendencia a atribuirse a sí mismo los fenómenos externos sin base firme para ello.

PENSAMIENTO ABSOLUTISTA (DICOTÓMICO)	Tendencia a interpretar las experiencias según categorías opuestas (malo/bueno, santo/pecador, honrado/deshonesto limpio/sucio,)." ²³
--------------------------------------	--

Cuadro 3. Errores cognitivos según Aaron T. Beck.

Este modelo sugiere que las alteraciones cognitivas referidas, se adquieren fundamentalmente a través de experiencias tempranas y proporcionan la base de predisposición para que se desarrolle la depresión ante la aparición de los agentes desencadenantes.

Seligman (1975) propuso el modelo de la indefensión aprendida. Estableció su modelo desde un paradigma experimental desarrollado inicialmente en animales.²⁴

La formulación básica de este modelo postula que existe una equivalencia entre la depresión humana y la indefensión aprendida. La indefensión aprendida es el resultado de asociar en un hecho que la respuesta y el esfuerzo son interdependientes (el sujeto aprende que el esfuerzo viene dado al azar, por su conducta). La indefensión lleva al déficit motivacional (pasividad) y al déficit de aprendizaje; el déficit motivacional hace referencia a que el sujeto es incapaz de iniciar respuestas voluntarias de escape después de haber vivido experiencias con

²³BECK, Op. Cit., p. 164-172.

²⁴SELIGMAN citado por HERNÁNDEZ, Op. Cit., p. 30.

eventos incontrolables; el déficit de aprendizaje se refiere a que el sujeto fracasa en aprender que las respuestas pueden ser eficaces para controlar la situación.

En principio, los síntomas de la indefensión aprendida (pasividad, déficit cognitivo, déficit de autoestima, tristeza, actividad reducida, hostilidad, ansiedad, pérdida del apetito, pérdida de agresión y reducción de noradrenalina), recuerdan los que exhiben los enfermos depresivos, por lo que se ha establecido la similitud entre la indefensión aprendida y la depresión; similitud que también se puede establecer en torno al tratamiento y a la prevención.

Otra posición cognitiva propone que la depresión se relaciona con **habilidades de solución de problemas interpersonales deficitarios**; la persona deprimida, frente a la no deprimida, muestra carencias a la hora de producir respuestas alternativas a los problemas sociales, en pensamientos medios – fines y la toma de decisiones. Este modelo se centra en las deficiencias cognitivas concretas que pueden mediar el manejo del estrés y las interacciones personales.

Rehm (1977)²⁵, formuló el modelo de autocontrol de la depresión. Éste se centra en los auto – reguladores deficientes o inadaptativos a la hora de afrontar el estrés, vienen a integrar aspectos importantes de las otras teorías y parte de las formulaciones sobre auto – control de los teóricos del aprendizaje social.

La Auto – Observación: los conceptos parecen mostrar una atención selectiva a los estímulos antecedentes, estímulos consecuentes aversivos, estímulos consecuentes inmediatos (frente a demorados) y conductas indeseables de sí mismo.

Estas distorsiones en los procesos de auto–observación conllevan además, un aumento de la información negativa que se va a procesar en las fases siguientes, una serie de síntomas depresivos como déficit motivacionales para iniciar nuevas conductas, visión negativa de su situación, pesimismo y focalización de la vida hacia perspectivas presentes (no futuras).

Modelo sistémico familiar: la teoría de los sistemas familiares es un modelo transaccional, con la premisa de que la familia es una organización dinámica de partes interconectadas que forman una totalidad. Los problemas psiquiátricos de

²⁵REHM citado por Ibid., p.31.

cualquier miembro de la familia se consideran como una manifestación de relaciones disfuncionales dentro de ésta.

Factores sociales: existen reglas sociales propuestas como vínculos en el caso de la depresión; se trata de las reglas sociales y culturales que en el mundo occidental gobiernan el estado de la enfermedad física y psíquica. A menudo, hoy la depresión se equipara a una enfermedad física, desde el punto de vista de la aceptabilidad social, esto es, por la mayor claridad aparente de las implicaciones biológicas, consideradas como diferencia cuantitativa y no cualitativa de la norma, por la comprensibilidad de la experiencia común a todos, y además porque se le considera temporal y sulible.

Acontecimientos vitales: los modelos socio – ambientales se han centrado en los acontecimientos vitales negativos que pueden influir en los síntomas de la depresión. Hay que indicar que los acontecimientos vitales no son importantes por sí mismos, sino por la percepción o evaluación cognitiva que la persona hace de ellos.

La investigación ha apoyado el papel de los acontecimientos vitales en trastornos depresivos (Miller, Bernbaum y Dubin, 1990). Las personas deprimidas que más tarde cumplen los criterios para la depresión, informan de mas acontecimientos estresantes que los no deprimidos. Los acontecimientos estresantes, además, suelen preceder unas semanas o meses a la aparición de un episodio o una recaída.

Déficit en habilidades sociales: Lewinsohn y Hoberman (1982) formularon la hipótesis de que la depresión es causada y/o mantenida mediante la disminución en el reforzamiento social positivo secundario a un déficit en habilidades sociales. Lewinsohn (1980) señala también que estas diferencias podrían ser consecuencia de una supresión que deteriora las adquisiciones normales del desarrollo, en lugar de ser la causa.

Puig–Antich (1982)²⁶, encontró que los niños con depresión mayor mantienen una relación deteriorada con su madre y compañeros, y que la relación madre – niño solo mejoró después que desapareciera la depresión. Encontraron que los niños prepuberales con trastorno depresivo mayor presentaban con regularidad, deficiencias en las relaciones sociales y que dichas deficiencias, y hasta

²⁶PUIG citado por Ibid., p. 36.

familiares, solo mejoraban parcialmente después de la recuperación del episodio depresivo. La investigación también ha demostrado que sus compañeros consideran a los niños menos populares (Lewinsohn y Hoberman, 1982). Los profesores evalúan a los niños deprimidos como menos competentes socialmente (Lefkowitz y Teesiny, 1980).

La depresión en la niñez puede ser predicha por el retraimiento social, una competencia social disminuida y un comportamiento social negativo. El adiestramiento en habilidades sociales ha sido empleado con éxito para tratar la depresión en la niñez (Kaslow et al., 1984), pero su significado etiológico queda poco claro.

5.5.3. ESCUELA HUMANISTA

Esta escuela no ha enfatizado en la depresión infantil. Sin embargo, los estudios de Rogers permiten inferir la depresión como un estado psicopatológico en donde hay una incongruencia en el sí mismo, porque las tendencias auto actualizantes del organismo pierden fuerza o vigencia.

Los estudios de Victor Frankl y Yalom²⁷ demuestran que puede una persona manifestar un vacío existencial, natural en el ser humano, causada por el temor al sufrimiento y a la muerte, que obliga a todo ser humano a una elaboración permanente del duelo por pérdidas, que sigue las etapas de rechazo, incredulidad, negación y aceptación.

Mediante el rechazo la persona se rebela contra una pérdida transitoria o definitiva.

La etapa de indiferencia es la más relacionada con la depresión porque quien la experimenta presenta:

- Pérdida de interés por sus habilidades habituales.
- Incapacidad de comprensión.
- Pérdida del sentido de humor, manifiesta tristeza y abatimiento.
- Si amaba los animales y la naturaleza pierde esa capacidad
- Se refugia en el pasado en vez de vivenciar el aquí y el ahora
- Siente temor por el futuro

²⁷YALOM, Irving. Psicoterapia Existencial. Barcelona: Ed. Herber, 1984. p. 48-52.

Parece que sus necesidades básicas (Maslow) se redujeran al mínimo, careciendo de compromiso laboral, mostrando carencias afectivas y dificultades para la socialización.

En este sentido el humanismo muestra algunas similitudes con la corriente cognitiva, pero carece de cualquier explicación para la depresión en los niños pequeños.

La tendencia a la actualización en Rogers, resulta similar al concepto de auto realización de Maslow y en cualquiera de los dos casos, estos se pierden cuando hay una conducta depresiva.

Dado que la psicología humanista se concentra en el cliente y en sus potencialidades, existe dificultad para un trabajo terapéutico por la minusvaloración y pérdida de autoestima que caracterizan al paciente depresivo. Por lo tanto, el humanismo propone la terapia grupal en oposición a la farmacoterapia o a la psicoterapia breve.

“La terapia grupal del humanismo sigue los mismos lineamientos de la de alcohólicos anónimos que se basan en la:

- La aceptación
- La libertad
- La responsabilidad
- El compromiso personal
- El acompañamiento
- La auto evaluación
- El servicio”²⁸

Estos aspectos han dado resultado, siempre y cuando se tenga sentido de pertenencia al grupo, y han sido eficaces aun en el caso de depresión mayor, porque se asume que cuando hay una depresión menor se puede desarrollar un proceso de consejería.

²⁸Ibid., p. 54-55.

Para concluir, podría decirse que la depresión es una problemática que se hace cada vez más frecuente en la sociedad, presentándose de igual forma en adultos, adolescentes y niños; aunque su sintomatología tiene algunas variaciones de acuerdo con la edad.

La depresión es pues, un monstruo que puede acabar con el ser humano, en periodos de días, meses o años; cuando ésta invade se acaban los sueños, las ilusiones, el deseo y las ganas de vivir. Lo que sugiere su detección e intervención a tiempo, sin importar la edad o género, ya que para la psicología las personas cobran vital importancia desde el mismo momento de ser engendrados hasta su muerte.

5.6. TRATAMIENTO

El tratamiento es utilizado para ayudar a personas que sufren problemas mentales de todo tipo, entre ellos la depresión. Abarca toda clase de tratamientos en que dos personas (terapeuta y paciente) colaboran conjuntamente para tratar un problema presentado por el paciente. Esto implica comúnmente un compromiso aceptado por ambas partes para asistir a una serie de reuniones periódicas, con el propósito de lograr este objetivo.

Las técnicas que se utilizan varían de acuerdo con la capacitación del terapeuta y las necesidades del paciente.

5.6.1. TRATAMIENTO INFANTIL

En la mayoría de los casos el tratamiento de la depresión infantil debe enfocarse hacia el marco familiar, y es tanto más efectivo cuanto más temprano se realice el diagnóstico. El tipo de tratamiento que se elija dependerá de la severidad y duración del cuadro depresivo, de la edad del niño y de la colaboración de sus padres. Si el niño es mayor de ocho años, o el trastorno es de gran intensidad o de larga duración, es aconsejable la terapia familiar con la participación del pequeño.

5.6.2. TERAPIA FAMILIAR

El objetivo de cualquier tipo de terapia familiar debe ser aumentar la comprensión del niño y disminuir su rechazo. Cuando uno de los padres padece depresión, un tratamiento farmacológico oportuno mejorará su funcionamiento dentro del marco familiar, evitando que los pequeños a su vez se depriman.

En casos difíciles la terapia familiar debe apoyarse en el tratamiento individual del niño. La terapia de juego permite que el terapeuta brinde diplomáticas oportunidades de éxito a los niños, lo cual mejora la autoestima de éstos, refuerza su personalidad o incrementa su confianza en el adulto, permitiéndoles una mejor expresión de sus sentimientos y un nuevo modelo de identificación.

5.6.3. TERAPIA DE JUEGO CENTRADA EN EL NIÑO

Es una técnica terapéutica en donde el niño proyecta y disminuye sus tensiones y conflictos por medio del juego.

Existen varias facetas del juego y se formulan cinco categorías terapéuticas: el juego espontáneo, juego guiado, juego de evaluación, juego terapéutico, enfocado y terapia de juego. En la terapia de juego centrada en el niño, se requieren unas pocas sesiones para que el pequeño le muestre al terapeuta cuáles serán las áreas de trabajo.

“Niños” es un término genérico que engloba la gente joven dentro de un rango de las fases del desarrollo y acerca de los cuales puede tenerse varias actitudes que dependen de los puntos de vista culturales, sociológicos, políticos y de clase. Los terapeutas de juego necesitan saber cuáles son sus perspectivas y valores hacia los niños, infancia y prácticas de crianza infantil y poseer preparación para adaptarse de modo flexible a la sociedad multicultural. Todos estos aspectos constituyen apuntalamientos importantes para, de hecho, llevar la terapia de juego a la práctica.

5.6.4. PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA CON NIÑOS

El enfoque general dentro de la psicoterapia breve y de urgencia con niños es muy parecido a lo que se ha delineado para el tratamiento con adultos. Así como

los adultos, es esencial comenzar por recabar una historia clínica completa seleccionar problemas específicos para el tratamiento y decidir un plan de acción claro.

La diferencia principal para el tratamiento de adultos y niños es que el niño aun vive en casa con sus padres; así que los padres también deben convertirse en una parte central del proceso de tratamiento.

5.6.4.1. Diez factores específicos en la psicoterapia breve y de urgencia con niños

1. En una sesión con los padres, obtener una historia completa de las fortalezas y dificultades del niño y la familia.
2. En una sesión con el niño, obtener una historia de las fortalezas y dificultades del niño y la familia.
3. Reúnase con el niño y los padres juntos, califique la gravedad de cada área problemática y coloque en un rango por orden de importancia. Tome la decisión sobre uno o dos problemas para tratamiento y planee intentar al menos una intervención para la siguiente semana.
4. En una sesión con el niño, ayúdele a dar una imagen simbólica de las áreas problemáticas en algún medio de fantasía como el juego simbólico, el juego dramático, crear un cuento, poema, o contar una historia acerca de las láminas del C.A.T. (Children Aperception Test).
5. Fijar sesiones de planeación del sistema con el niño, padres, maestros, director, especialista de aprendizaje u otra persona clave, para tomar decisiones acerca de las fortalezas y dificultades del niño, problemas a enfocar y un plan de acción específico. Intentar al menos una intervención para la siguiente semana.
6. Seguimiento con los padres acerca del progreso y su punto de vista de la reunión del sistema.
7. Examinar el progreso junto con el niño e intentar enmarcar sus problemas en términos del conflicto, en palabras parecidas a las de éste.
8. Con los padres y el niño, examinar el progreso, sacar a reducir la terminación e Intentar nuevas intervenciones para la siguiente semana.
9. Con el niño explorar métodos de definición y entrenamiento de los conflictos. Sugerir métodos alternativos para enfrentarse a situaciones. Intentar conectarlos con las fortalezas encontradas en la familia.
10. Seguimiento con los padres y el niño juntos, examinar el progreso y dejar la puerta abierta a que la familia y el niño trabajen por sí mismos. Prever el manejo de problemas futuros con base en las experiencias actuales del tratamiento.

5.6.5. PSICOFARMACOLOGÍA

Psicofármacos en niños, niñas y adolescentes representan una de las alternativas para el abordaje integral de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.

Otras alternativas o medidas complementarias son la terapia ocupacional, las terapias de familia, la psicoterapia individual cognoscitiva o conductual y las intervenciones en grupo.

La intervención farmacológica precisa una evaluación cuidadosa y minuciosa del estado físico y mental del niño, niña o adolescente. Se debe identificar los síntomas, las conductas o los componentes que presentan problemas para ellos o para los padres.

Además es necesario solicitar algunos exámenes paraclínicos si no han sido solicitados por el médico pertinente, y otros de acuerdo con el medicamento que se considera inicial.

Por lo general se inicia con el medicamento de primera elección, iniciando siempre con dosis bajas. Sin embargo, para la elección del fármaco a administrar se precisa tener presente la comorbilidad muy frecuente en este grupo etéreo.

Siempre es conveniente informar al niño o adolescente los beneficios y los efectos secundarios más comunes.

5.6.5.1. Fármacos específicos

- **“Estimulantes:** metilfenidato, la dextroanfetamina y la pemolina. El único disponible en Colombia es el Metilfenidato. Estos estimulantes son los medicamentos de primera elección en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El metilfenidato tiene un rango terapéutico estrecho y es imposible predecir la respuesta clínica a partir de

factores como la edad del niño o adolescentes, la masa corporal, el nivel de hiperactividad. La dosis habitual es en 0.6 y 1.2 Mg. / Kg. / día.

- **Antidepresivos:** son de uso frecuente en un gran número de trastornos de inicio de infancia o de adolescencia. Inicialmente produce inhibición de la recaptación de dopamina, noradrenalina o serotonina. Los más utilizados son los tricíclicos, su administración se asocia con efectos anticolinérgicos y antihistamínicos molestos, como visión borrosa, boca seca, constipación, sedación y aumento de peso. Antes de administrarlo se debe solicitar un electrocardiograma basal y algunos durante el seguimiento, puesto que se han informado casos de muerte súbita en particular con disipramina (no disponible en el mercado colombiano). Su manejo debe ser cuidadoso por posible intoxicación con o sin intención; han demostrado eficacia en el niño y en el adolescente.
- **Ansiolíticos:** los más rápidos en su acción son la benzodiazepinas, potencia el efecto del neurotransmisor inhibitorio más importante. Las más seguras utilizadas en niños son: alprazolam (0.01 – 0.1 Mg. / Kg. / día), clonazepam (0.01 – 0.05 Mg. / Kg. / día), diazepam (0.1 – 0.5 Mg. / Kg. / día) y lorazepam (0.01 – 0.1 Mg. / Kg. / día). Los efectos secundarios más comunes y limitantes de su uso son: la sedación, deterioro en el funcionamiento cognoscitivo y de forma ocasional desinhibición o excitación motora. Es importante tener presente que los efectos ansiolíticos rápidos pueden significar un riesgo de abuso y dependencia en adolescentes.
- **Estabilizantes del estado de ánimo:** están incluidos principalmente en el manejo farmacológico profiláctico del tratamiento bipolar, como el carbonato de litio y algunos anticonvulsivos. Es un medicamento electivo, se suministra entre 10 y 30 Mg. / Kg. / día. “Se necesita monitoreo clínico y serio de los niveles de litio en sangre a su margen terapéutico estrecho y los riesgos tóxicos”. Los efectos secundarios son la sedación y temblores en adolescentes, puede precipitar brotes de acné.
- **Antipsicóticos:** son un conjunto de medicamentos que basan su acción principal sobre el bloqueo de receptores de dopamina. “Aunque estas sustancias metabolizan con mayor velocidad en la población infantil, presentan además susceptibilidad a los efectos secundarios mediado por una mayor densidad y sensibilidad de los receptores dopaminérgicos. Los trastornos mentales afectan una quinta parte de los niños, niñas y

adolescentes. Estos deben ser abordados de manera integral, considerando tanto al evaluado y su desarrollo cognoscitivo como a los padres y su entorno socio cultural. Para el manejo de un grupo de síntomas, los psicofármacos representan la alternativa más efectiva y segura. Es muy importante que médicos generales y pediatras identifiquen los trastornos mentales más frecuentes e inicien el tratamiento farmacológico inicial.”²⁹

5.7. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN

Específicamente, las técnicas cognitivas se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Técnicas como la de hacer preguntas, identificar pensamientos ilógicos, determinar las reglas sobre la base de las cuales el paciente organiza la realidad, entre otras, se emplean para ayudar tanto al terapeuta como al paciente a entender la interpretación que este último hace de la realidad.

La terapia cognitiva es un sistema amplio que se ocupa de proporcionar procedimientos específicos para identificar y modificar el “paradigma personal” del paciente.

Para ello se hace necesario **explicarle el fundamento teórico al paciente.**

En primer lugar, el terapeuta revisa los intentos que haya hecho el paciente para definir y resolver sus problemas psicológicos. Entre los puntos más importantes a exponer se encuentra el de la íntima relación entre los pensamientos de una persona acerca de sí mismo, de su entorno y de su futuro (la tríada cognitiva) y sus sentimientos, motivaciones y conductas.

La investigación de los pensamientos del paciente se basa en dos premisas: la primera, que los pacientes depresivos piensan de un modo idiosincrático (esto es, presentan un sesgo sistemático en el modo de verse a sí mismo, el mundo y el futuro); la segunda, que su manera de interpretar los acontecimientos contribuye al mantenimiento de la depresión.

La estrategia típica que adopta el terapeuta cognitivo es elicitación de las ideas del paciente acerca de la naturaleza de sus problemas, en lugar de ofrecerle

²⁹ <http://www.infodoctor.org/bandolera/baul/b29s.mhtml>.

interpretaciones y explicaciones. El terapeuta trata de comprender los factores que, según el paciente, contribuyen a mantener la depresión.

Definición de cognición para el paciente: el terapeuta puede definir la cognición como “un pensamiento o una imagen de la que uno puede no ser consciente, a no ser que le preste atención”. Las cogniciones típicas que se observan en la depresión y en otros problemas clínicos se suelen denominar “pensamientos automáticos”.

Influencia de las cogniciones sobre el afecto y la conducta: existen varios métodos para mostrar la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas. Uno es que el paciente puede ver cierta relación entre ellos mismo y determinados estereotipos y otro es la técnica de la “imagen inducida”, donde el terapeuta le pide al paciente que imagine una escena desagradable o agradable.

Cognición y experiencias recientes: es esencial que los pacientes se hagan conscientes de sus cogniciones negativas y sean capaces de detectarlas, además es necesario que el terapeuta registre las cogniciones junto con el paciente para asegurarse de que comprende la importancia de sus pensamientos.

Detección de los pensamientos automáticos: es necesario darle instrucciones al paciente de atrapar cuantas cogniciones sean posibles y registrarlas.

Examinar y someter a una prueba de realidad las imágenes y los pensamientos automáticos: el terapeuta hace que el paciente someta sus ideas a pruebas de realidad, no para inducir un optimismo pasajero haciéndole creer que “las cosas son realmente mejores de lo que parecen”, sino para suscitar una descripción y un análisis más correctos de cómo son las cosas.

Modificar las respuestas negativas estereotipadas del paciente depresivo es esencial porque (1) provocan la experiencia de sentimientos negativos intensos y (2) desvían la atención del paciente de los problemas reales. Las técnicas dirigidas a incrementar la objetividad del paciente son:

5.7.1. Reatribución

Un patrón cognitivo frecuente en la depresión consiste en auto atribuirse (negativamente) la culpa o responsabilidad de acontecimientos negativos. La técnica de “reatribución” se emplea cuando el paciente atribuye, de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal, como la falta de capacidad o de esfuerzo. El terapeuta y el paciente revisarán los acontecimientos relevantes y aplicarán leyes lógicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda.

Búsqueda de soluciones alternativas: esta técnica se refiere a la investigación activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente.

5.7.2. Registro de pensamientos inadecuados

Anotar las cogniciones y las respuestas en columnas paralelas, es un modo de comenzar a examinar, evaluar y modificar las cogniciones. El paciente recibe la instrucción de escribir sus cogniciones en una columna y, a continuación, una “respuesta razonable” a cada cognición en otra columna.

5.8. TERAPIAS CONDUCTUALES DE LA DEPRESIÓN

La expresión *Técnicas conductuales* puede sugerir que la atención terapéutica se centra exclusivamente en la conducta observable del paciente, es decir, que el terapeuta prescriba actividades dirigidas a un objetivo; pero en realidad, debe usarse para elicitar pensamientos y cuando la gravedad de los síntomas no permite que el paciente se haga consciente de sus pensamientos automáticos.

5.8.1. Estrategias terapéuticas

- **Programación de actividades:** la prescripción de actividades determinadas, se basa en la observación clínica de que a los pacientes depresivos les resulta difícil realizar las tareas que anteriormente les costaba un esfuerzo relativamente pequeño, tienden a evitar las tareas complejas; en caso de que las aborden, es probable que tengan grandes dificultades para lograr el objetivo. El empleo de programas de actividades sirve para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y

su preocupación en torno a las ideas depresivas. Es probable que la técnica de planificar el tiempo del paciente hora tras hora lo mantenga ocupado e impida que regrese a su estado de inmovilidad. Además, el hecho de centrarse en tareas dirigidas a un objetivo proporciona al paciente y al terapeuta datos concretos en los que puede basar las evaluaciones realistas de la capacidad funcional del paciente.

- **Técnica de dominio y agrado:** los pacientes abordan actividades generalmente poco interesantes lo que hace que no encuentren gratificación en la realización de la tarea. Se puede confeccionar una lista de actividades potencialmente agradables. El terapeuta puede asignar la tarea de llevar a cabo todos los días una determinada actividad agradable durante un periodo de tiempo controlado y pedirle al paciente que anote todos los cambios de humor o de estado de ánimo, así como la posible reducción de los sentimientos depresivos asociados con la actividad en cuestión. El término dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada.

- **Asignación de tareas graduales:** después de realizar con éxito una serie de tareas, los pacientes depresivos suelen experimentar una cierta mejoría de su estado de ánimo. Se sienten motivados para emprender tareas más difíciles, siempre que el terapeuta esté atento para detectar y refutar la inclinación del paciente a menospreciar sus logros. Las características principales de la asignación de tareas graduales son las siguientes:
 1. Definición del problema
 1. Formulación de un proyecto
 2. Observación inmediata y directa por parte del paciente de su éxito al conseguir un determinado objetivo
 3. Eliminación de las dudas del paciente, de sus reacciones clínicas y de la minimización de sus logros.
 4. Estimular al paciente para que evalúe de forma realista.
 5. Énfasis en el hecho de que el paciente alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo y a sus capacidades.
 6. Asignar tareas nuevas y más complejas en colaboración con el paciente.

- **Practica cognitiva:** la “practica cognitiva” es una técnica que consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que compone la ejecución de una tarea. Otro objetivo de la practica cognitiva consiste en identificar posibles “obstáculos” (cognitivos, conductuales, o

ambientales) que pudieran impedir la realización de la tarea. El plan principal del terapeuta será identificar y desarrollar soluciones para tales problemas antes de que den lugar a una experiencia de fracaso no deseado.

- **Entrenamiento en asertividad y role-playing:** el role-playing (juego de roles) implica sencillamente la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado. El juego de roles puede utilizarse de forma paralela para elicitación de una respuesta de “auto comprensión” por parte del paciente. El terapeuta puede asumir el papel del paciente para intentar cambiar las cogniciones de autocrítica de éste por otras más comprensivas. Es frecuente que los pacientes depresivos sean más críticos y exigentes consigo mismos que con los demás en la misma situación.

Es importante que el paciente entienda el fundamento teórico de las distintas técnicas conductuales. El tratamiento de los pacientes depresivos constituye todo un reto para el terapeuta, dada la tendencia de aquellos a distorsionar el propósito de las tareas. Es responsabilidad del terapeuta asegurarse de que el paciente interprete correctamente el objetivo de las tareas. Este objetivo, por lo tanto debe estar muy claro desde el principio.

5.9. TERAPIA COGNITIVA DE GRUPO PARA PACIENTES DEPRESIVOS

Trabajar con pacientes deprimidos en un contexto de grupo, introduce la posibilidad de elicitación en el paciente una serie de inferencias negativas que no tendrían por qué salir a la luz necesariamente en las sesiones de terapia individual. Como ocurre con otros pensamientos automáticos negativos generados por el paciente, estas inferencias negativas pueden ser perjudiciales o beneficiosas para la terapia, según como sean manejadas por el terapeuta. Dejar sin responder estos pensamientos automáticos como, “No respondo al mismo ritmo que el resto de los miembros del grupo”; “Otros miembros parecen mucho más inteligentes (menos deprimidos) que yo” pueden incrementar la disforia y hacer que el paciente le resulte cada vez más difícil participar en actividades terapéuticas.

- **Auto comparaciones negativas:** los pacientes depresivos presentan una cierta tendencia a verse a sí mismo, el mundo y el futuro bajo una óptica negativa y pesimista. Las auto comparaciones negativas de un paciente

con otros miembros del grupo pueden proporcionar valiosas oportunidades de intervención terapéutica. Las sesiones de grupo incrementan la posibilidad de que aparezcan comparaciones sociales negativas. Si no reciben atención, pueden minar el avance del tratamiento. Si por el contrario, se detectan, proporcionan la oportunidad de cambio que nunca surgiría en el curso del tratamiento individual.

- **Distorsiones universales versus distorsiones personales:** el paciente depresivo suele considerar que la identificación de los errores en las cogniciones negativas de otros pacientes y la evaluación de los pensamientos y supuestos, resulta más fácil que la identificación y evaluación de sus propias cogniciones. La identificación y evaluación de las distorsiones cognitivas de otros individuos por parte del paciente facilita la identificación y evaluación de su propio conjunto de cogniciones idiosincráticas. En este sentido, los miembros del grupo someten los supuestos a una prueba de realidad y, al hacerlo, mejoran su habilidad para corregir sus propios pensamientos desadaptativos.

En resumen se puede decir que los pacientes depresivos son capaces de funcionar dentro de un grupo y obtener beneficios dentro de las experiencias de grupo.

Aspectos Formales: como en las sesiones de terapia cognitiva individual, las sesiones de grupo están estructuradas y centradas en los problemas. El terapeuta se muestra bastante activo preguntando, “desafiando”, explorando y dando instrucciones. La adaptación de estos procedimientos al formato de grupo presenta una serie de problemas específicos, tanto en cuanto al foco de atención de las sesiones, como en lo referente a los problemas prácticos que pueden surgir en una situación de grupo. Los siguientes son algunos procedimientos terapéuticos.

- **Grupos orientados al problema versus grupos orientados al proceso:** durante las sesiones de grupo, la atención se centra principalmente en los problemas de varios de los miembros. Las sesiones cognitivas suelen seguir la pauta de que cada paciente selecciona un problema sobre el cual centrarse; a continuación, se establece un turno entre los pacientes para hacer comentarios al respecto.

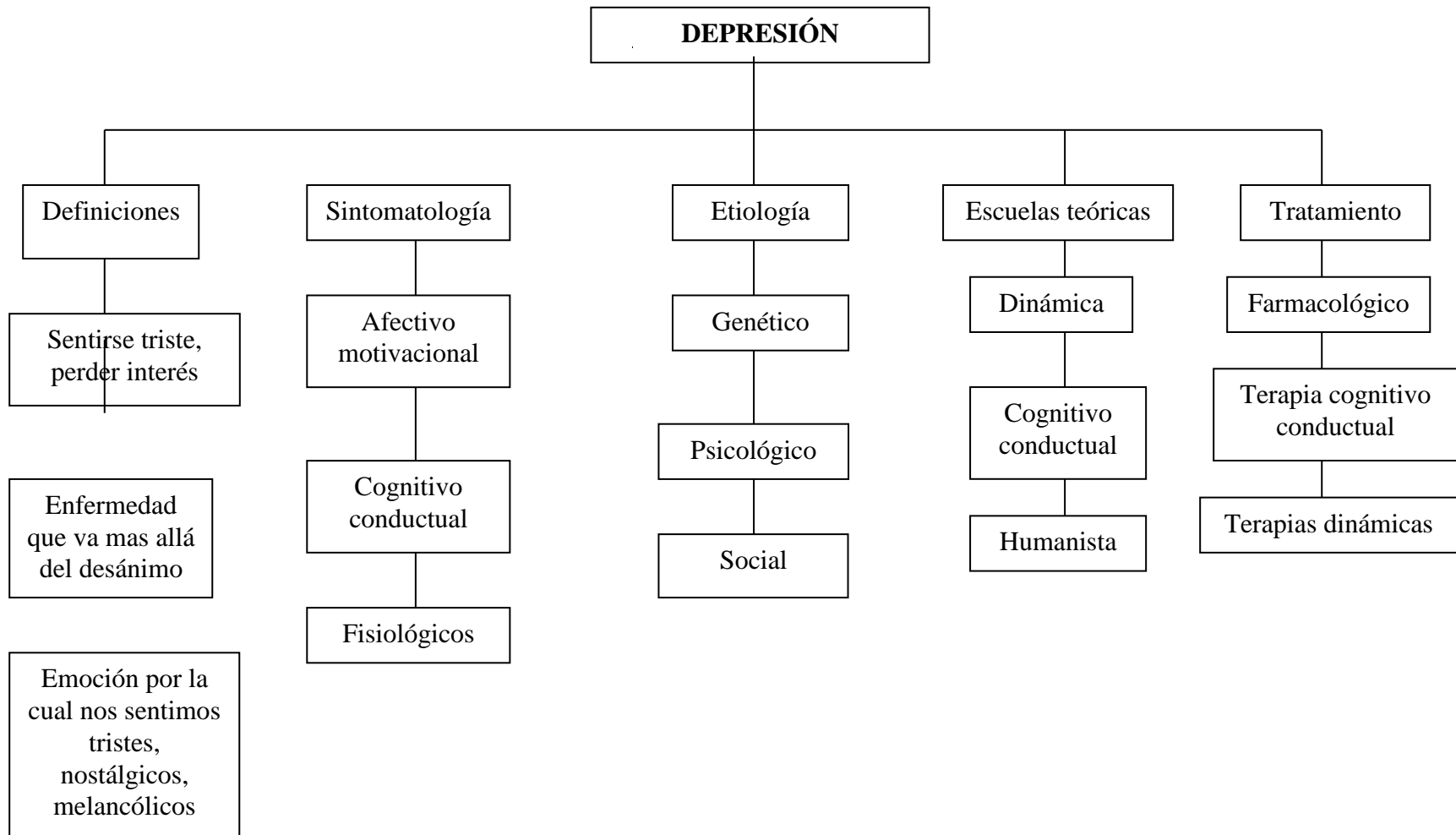
- **Grupos Cerrados Versus Grupos Abiertos:** la terapia de grupo lleva de suyo la decisión de comenzar con un grupo de pacientes al mismo tiempo e ir admitiendo nuevos miembros a medida que van llegando, o bien admitir a los miembros sobre una base continua. A diferencia de las terapias de grupo más orientadas al proceso, la terapia cognitiva de grupo considera el tema de admisión de nuevos miembros en un sentido pragmático más que simbólico.
- **Terapeuta: Misión Y Número:** como en la terapia cognitiva individual, el trabajo con pacientes depresivos exige un alto nivel de actividad por parte del terapeuta. Enfrentarse a varios pacientes depresivos a la vez requiere que el terapeuta preste atención incluso a los pequeños detalles. La participación de varios terapeutas, cuando sea posible, ofrece varias ventajas. Ya que un único terapeuta sólo puede manejar un grupo de tamaño reducido.
- **Grupo: Composición Y Número De Pacientes:** la gravedad en relación con los problemas y la experiencia que los distintos pacientes pueden aportar con respecto a terapias anteriores, son consideraciones que deben tenerse en cuenta a la hora de formar un grupo. Un único terapeuta puede llevar un grupo de seis o más pacientes gravemente deprimidos, pero uno o dos de sus pacientes gravemente deprimidos pueden integrarse en un grupo de pacientes que ya hayan recibido entrenamiento específico. Con frecuencia se ha comprobado que los pacientes más adelantados sirven de gran ayuda para modelar distintas habilidades y para instruir verbalmente a los nuevos pacientes en las técnicas principales.
- **Duración Y Frecuencia De Las Sesiones:** la experiencia clínica sugiere que la duración adecuada de las sesiones oscile entre una hora y media y dos horas; los contactos semanales constituye la frecuencia mínima.

TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN
TERAPIA FARMACOLÓGICA	Estos medicamentos aumentan en el cerebro los niveles de determinadas sustancias químicas, las cuales actúan como neurotransmisores de manera temporal en el cerebro de las personas deprimidas.
TERAPIA FAMILIAR	Su objetivo es aumentar la comprensión del niño y disminuir su rechazo.
TERAPIA BREVE Y DE	Es una Intervención rápida en asuntos de vida

URGENCIA	o muerte, donde se involucra una relación terapéutica – paciente o una terapia conjunta familiar.
TERAPIA DE JUEGO	Es una técnica terapéutica en donde el niño proyecta, disminuye sus tensiones y conflictos.
TERAPIA COGNITIVA	Sistema amplio que se ocupa de proporcionar procedimientos específicos, para identificar y modificar el “paradigma personal” del paciente.
TERAPIA CONDUCTUAL	Atención terapéutica que se centra exclusivamente en la conducta observable del paciente.
TERAPIA GRUPAL	Sirve dentro de un periodo de tiempo determinado, para tratar a un número mayor de pacientes, que podrían ser tratados individualmente.

Cuadro 4. Resumen del tratamiento a la depresión

Cuadro 5. Resumen marco teórico.



5.10. INVESTIGACIONES REALIZADAS EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN

Las siguientes son algunas de las investigaciones que se han llevado a cabo en la ciudad de Medellín acerca de la depresión infantil. Ellas evidencian la necesidad de realizar otros estudios acerca de esta patología.

5.10.1. Proyectos en ejecución en el año 2001

Nombre del proyecto: esquemas en madres depresivas y su impacto en las pautas de crianza implementadas con sus hijos como factor de riesgo para la presencia de depresión en ellos.

Investigador principal: Ivonne Gómez Maquet. Coinvestigadores: María Fernanda Sepúlveda Z (estudiante de pregrado), Alexander Alvis Rizzo (estudiante de pregrado), Luz Zoraida Espinosa V. (estudiante de pregrado), Catalina Lopera G. (estudiante de pregrado), José De Jesús López (estudiante de pregrado)

Coinvestigadores Institucionales: Hospital Mental De Antioquia: Dr Felipe Cogollo Clínica Bolivariana: Dra Luz Marina Sierra Acero Costo total: 20.799.100

Entidades financiadoras: CODI:10.000.000, Fondos Comunes: 4.559.100, Clínica Bolivariana: 3.120.000, Hospital Mental De Antioquia: \$ 3.120.000
Palabras claves: Esquemas Maladaptativos tempranos, depresión, niños.

Mendez, Xavier. Eficacia del tratamiento psicologico de la depresión infantil y adolescente: una revision cualitativa y cuantitativa de dos decadas de investigacion. En: Psicologia Conductual/ 2000/V8/No.3 Psicologia Conductual.

5.10.2. Proyectos terminados en los últimos tres años

(Entre julio de 1998 y julio de 2001)

Nombre del proyecto: depresión infantil: prevalencia y concordancia de la información sintomatológica entre padres e hijos con base en cuestionarios y entrevistas clínicas.

Investigador principal: Ivonne Gómez Maquet.

Costo total: Sin financiación.

Palabras claves: depresión, niños, tratamiento

Son pocas las investigaciones que se han realizado acerca de la depresión infantil en la ciudad de Medellín, ya sea por la escasa información o por el poco conocimiento que se tiene del trastorno, pues sólo desde hace aproximadamente 10 años que se viene hablando del tema en la ciudad. Así mismo son pocas las facultades de psicología que llevan años de posicionamiento en el medio.

Entre las Universidades que tiene investigaciones sobre la depresión infantil están: La Universidad de Antioquia y la Universidad de San Buenaventura.

Betancurt, Lía Marcela y otra escribieron una tesis de trabajo social en la universidad de Antioquia titulada “Características de las familias de los niños del Hogar Protección Infantil Nuestra Señora del Perpetuo Socorro”; dicho estudio se centró en las determinantes familiares que contribuyen a generar la depresión infantil, encontró que ésta depende de relaciones interpersonales que se establecen al interior del grupo y de la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vivienda, sentido de pertenencia y de afecto.

Pérez Restrepo, Norma Luz, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Antioquia, realizó una tesis titulada “La situación socio – familiar del adolescente y pacientes de la E.S.E. residentes en Medellín y Bello”, Agosto a Noviembre de 2000. Describe los diferentes sentimientos y actitudes que rodea la enfermedad mental en el adolescente y su familia; además de aspectos generales de la enfermedad y del ambiente socio – cultural donde se encuentran ubicados.

Aguiar Arrieta, Martha Luz y otros, de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura realizaron una monografía titulada “Diferencias individuales en los bajos logros académicos”, Medellín 2002. En este estudio se pretendía indagar sobre la influencia de las diferencias individuales en los bajos logros académicos en niños en edades comprendidas entre los 7 y 12 años, escolarizados en la ciudad de Medellín, teniendo en cuenta el género y estrato social.

Agüero Valenzuela, Martha Cristina y otros, Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura realizaron una monografía titulada “Estudio exploratorio del nivel de depresión y apegamiento en niños institucionalizados” Medellín 1992. Este estudio se centra en el factor ambiental, específicamente en el patrón interaccional que hace referencia a la relación madre – hijo, siendo éste el eje central de la configuración del afecto, elemento básico para un adecuado desarrollo del vínculo afectivo. Con esta investigación se pretendió llevar a cabo la exploración del nivel de depresión y apegamiento en niños institucionalizados.

De acuerdo con la revisión bibliográfica llevada a cabo se nota el vacío conceptual y el poco interés por la atención de la depresión infantil en la ciudad de Medellín, pues aunque existen algunas investigaciones, éstas se refieren principalmente a las causas y a la sintomatología, más no al tratamiento, que es el que nos debe interesar en el momento de intervenir, pues ya sabemos que este trastorno sí se presenta en los niños. Y los estudios no se pueden reducir a establecer de dónde proviene la enfermedad o cómo se manifiesta, sino también a encontrar las diferentes estrategias para combatirla.

Por tal razón este trabajo se centró en investigar la manera como se interviene actualmente la depresión infantil en la ciudad de Medellín, prestándole más importancia al tratamiento que a las causas o síntomas. Dejando así la inquietud en otros investigadores y profesionales de la salud mental

6. METODOLOGIA

6.1 METODO DE ESTUDIO

222

El modelo es de tipo histórico hermenéutico. Hermenéutico porque requiere de interpretaciones a partir de las formulaciones de los profesionales; histórico en cuanto perfila la evolución y el estado actual del tratamiento de la depresión infantil.

6.2. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es Exploratorio, dado que se encuentra poca información relevante y concordante respecto a ella.

“Se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes”³⁰

6.3. POBLACION

La población está constituida por todas las entidades prestadoras de salud del municipio de Medellín, así como por instituciones educativas y comunitarias que atienden la depresión infantil.

La muestra se toma mediante los siguientes criterios:

- Recomendaciones o juicios de expertos quienes de acuerdo con su experiencia sirvieron de ayuda para llegar a este tipo de instituciones.
- Mediante consulta telefónica acudiendo a aquellas entidades que manifestaron su disposición a brindar información.
- Por agotamiento del recurso, dado que en algunas instituciones no se atiende la patología, en otras se niega la existencia de la depresión infantil y aquellas que manifestaron la falta de tiempo para atender la solicitud.

³⁰ HERNÁNDEZ SANPIERI, Roberto y otros. Metodología de la investigación. México: McGraw Hill, 1998. p.58.

- Finalmente por el criterio del investigador, en el caso de entidades de mucha experiencia y que tienen una cobertura masiva en la ciudad tales como el Hospital San Vicente de Paúl y el Hospital General de Medellín.

6.3.1. FUENTES PRIMARIAS

Las Fuentes primarias utilizadas en la presente investigación son:

- ❖ Entrevista semi estructurada (Anexo D).
- ❖ Se utiliza además la observación no estructurada en donde se percibe la ubicación, espacio físico, ambiente, acogida, lenguaje no verbal del terapeuta y absequibilidad a la información.

6.3.2. FUENTES SECUNDARIAS

Las fuentes secundarias fueron los libros, revistas, Internet, documentos.

7. PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

7.1. MATRIZ DE ANÁLISIS

7.2. ANALISIS DE RESULTADOS

La depresión infantil es atendida por diferentes instituciones prestadoras de salud y centros de atención, donde su intervención es realizada por profesionales como el trabajador social, médicos, psiquiatras y psicólogos, estos últimos de distintas corrientes teóricas. Para el trabajo se realizan con los infantes deprimidos, utilizan una combinación de técnicas lo cual indicó las deficiencias que tienen en cuanto a la conceptualización de la depresión infantil por lo tanto se generaron muchos interrogantes de tipo psico-social que ameritan futuras investigaciones.

Los profesionales entrevistados coincidieron en que no hay cifras estadísticas pero su experiencia los llevó a afirmar que la depresión infantil es una problemática que ha aumentado en el municipio de Medellín por la situación socio-económica y la violencia social. Según ellos se observa mayores niveles de depresión en las niñas, lo contrario sucede con los estratos donde plantean no haber diferencias significativas.

La depresión en el municipio de Medellín es consecuencia de la violencia social que a su vez origina el desplazamiento, además por la violencia intra familiar y las carencias afectivas. La sintomatología del niño depresivo del municipio de Medellín en general se presenta por problemas fisiológicos relacionados con la alimentación, enuresis y encopresis, mentales por la dificultad de concentrarse, afectivos como la tristeza y la disforia o tornarse irritable y agresivo.

Las terapias que utilizan los distintos profesionales varían notablemente adaptándola al caso y al contexto, primando las técnicas dinámicas y farmacológicas y en algunos casos la hospitalización. En el centro de emergencia uno y dos se atienden principalmente niños de escasos recursos, con un enfoque orientado hacia la psicología social y se combina la atención psicológica con la farmacoterapia. En la clínica Santa Ana se enfoca hacia niños con deprivación afectiva y a pesar de que se rechaza la hospitalización enfatiza en una terapia ambulatoria en la cual se prescriben medicamentos. Consultorio Psicológico Popular privilegia la atención psicológica la cual progresivamente evoluciona hacia la psicoterapia breve por el gran número de consultantes. La Clínica de Medellín actualmente trabaja con el diagnóstico y la psicoterapia personalizada que le da un amplio perfil a la sintomatología de la depresión, aunque también se apoya en la terapia farmacológica. En el Instituto de Seguro Social debido al gran número de personas que atiende no hay un enfoque único pero se prescribe la depresión por niveles combinados, técnicas Psicológicas, medicamentos y

hospitalización. Hospital San Vicente de Paul la precariedad de recursos del sector público la hay obligado a centrar su atención sectores pobres y marginados donde se combina la terapia farmacológica con la corriente dinámica. Clínica Noel trabaja en forma interdisciplinaria para atender con eficacia a las diversas causas de la depresión utiliza la terapia cognitiva. Hospital Pablo Tobon Uribe trabaja de forma interdisciplinaria y utiliza las terapias dinámicas. Hospital General de Medellín enfatiza en los procesos en vez de las causas lo cual permite mayor creatividad para atender la problemática, combina las terapias dinámicas y humanistas.

En general se encontró que la depresión infantil se manifiesta en diversas edades.

En síntesis, quedan algunos vacíos por definir respecto al papel del psicólogo que trabaja en las instituciones, en cuanto a las técnicas para atender efectivamente la depresión en la ciudad de Medellín.

8. CONCLUSIONES

- Se pudo identificar que la depresión infantil es una realidad, que en su sintomatología tiene cierta similitud con la de los adultos, pero que presenta diferencias de acuerdo con la etapa evolutiva, la situación económica y el contexto social en el cual vive el niño.
- La diferencia que existe entre la depresión de un niño y la de un adulto es importante para la formulación de un diagnóstico diferencial, que permita definir compromisos y acciones por parte del terapeuta, la familia y el niño.
- Se encontró que la depresión infantil se presenta con mayor incidencia en las niñas que en los niños, y que puede ser causada por esquemas maladaptativos en el ámbito social que se focalizan con mayor énfasis en el sexo femenino.
- En cambio, no es posible establecer diferencias al nivel de los estratos socio-económicos, porque según las entrevistas, la depresión infantil se presenta en todos los grupos sociales, si bien las causas estructurales pueden ser diferentes.
- No hay diferencias en cuanto a las técnicas utilizadas por los psicólogos para atender la depresión infantil, ya que si los profesionales tienen un enfoque determinado, las técnicas se utilizan de acuerdo a con a la edad, y al caso específico.
- En donde si se presentan diferencias, es con respecto a la conveniencia de la hospitalización y el uso de drogas, ya que algunas instituciones prestadoras de salud las utilizan, mientras que en los centros de atención ambulatoria y consultorios se rechazan por considerarlas inconvenientes.
- Encontrar similitudes en cuanto a la sintomatología, constituye un paso fundamental para trabajar la depresión infantil, aunque no se

presente unanimidad respecto a su conceptualización y sobre las técnicas que se deben utilizar para su tratamiento.

- Las limitaciones que presentaron algunas instituciones para brindar información sobre el tema, demuestran la falta de un trabajo integrado entre las universidades y las instituciones de salud para abordar en la teoría y en la práctica problemáticas de tanta importancia como la depresión infantil.
- La falta de una definición precisa sobre la depresión infantil y la precariedad de la información institucional, demuestra que el estado del arte sobre la temática está en ciernes, lo que genera múltiples oportunidades para adelantar investigaciones por parte de los estudiantes y profesionales de la psicología.
- Lo anterior es corroborado por los profesionales que atienden esta patología, en cuanto al incremento de la depresión infantil en la ciudad de Medellín, causada por la situación económica y la violencia social.

9. RECOMENDACIONES

Con base en el análisis, la síntesis y las conclusiones, más que recomendaciones, parece oportuno formular unas estrategias desde lo social, pedagógico y psicológico.

SOCIAL

1. Diseñar acciones de prevención y promoción que permitan atenuar las causas de la depresión infantil, conforme los lineamientos de la ley 100 de 1993. Porque de acuerdo a esta ley cada ente territorial debe asumir la capacitación requerida para el desarrollo de las diferentes acciones de promoción, prevención y atención y recuperación de dicha problemática.
2. En todos los programas de tipo social que adelanten el municipio de Medellín, las ONG y las instituciones privadas, deben vincularse psicólogos y practicantes de psicología que atiendan esta problemática, cambiando los paradigmas clásicos de la atención y orientando ésta de acuerdo con los fundamentos de la psicología comunitaria (grupos) y la atención domiciliaria. Ya que el psicólogo es el profesional que por su preparación, actitud, habilidad y destreza puede atender este tipo de problemática.
3. La prevención y promoción requiere de un compromiso personal por parte de educadores y padres de familia, para lo cual las campañas promocionales deben ser reiterativas, utilizando para tal efecto los medios masivos de comunicación. Porque son los docentes y padres de familia quienes pueden producir en primera instancia los cambios en la presencia del problema en niños, niñas, adultos, hombres, mujeres y ancianos.

PEDAGÓGICO

1. Es necesario que toda institución educativa disponga de un servicio psicológico con personas especializadas en la depresión, en particular

la depresión infantil, que realicen un trabajo amplio entre los estudiantes, docentes y padres de familia para la prevención y atención de esta patología. Puesto que la escuela es uno de los factores sociales que pueden desencadenar la depresión en el niño por diferentes razones, por lo tanto se requiere de una persona capacitada (psicólogo) la cual pueda prevenir o atender este tipo de problemática.

2. Dentro de los programas de capacitación de las asociaciones de padres de familia, tanto en el nivel preescolar como de básica primaria, debe incluirse la depresión infantil como una temática fundamental, partiendo del supuesto que estos desconocen su etiología, manifestaciones y efectos. Además va a permitir fortalecer el proceso para la atención integral e interinstitucional del problema.
3. Las facultades de psicología deben enfatizar en la investigación de la depresión infantil y sus factores críticos, realizando estudios etnográficos en los distintos sectores, barrios y veredas. Ya que ha y vacíos conceptuales y poca integración por parte de las instituciones a cerca de esta problemática.

PSICOLOGICO

1. Las instituciones prestadoras de salud deben iniciar programas de prevención y atención de la depresión infantil, que permitan atenuar los efectos de ésta. Para la prevención de nuevos casos de depresión infantil mediante la atención a los factores de riesgo y la identificación de grupos de riesgo prioritarios.
2. Independientemente de enfoques y corrientes, se debe trabajar en el diseño de instrumentos que permitan el diagnóstico de la depresión infantil, focalizados especialmente hacia las primeras etapas del desarrollo evolutivo ya que hay muy pocos instrumentos que faciliten el diagnóstico de la depresión infantil.
3. El aumento de los casos de depresión obliga a que cada vez haya un mayor número de profesionales especializados en esta temática, que presten una atención rápida y eficaz.
4. Al igual que con otras problemáticas psicológicas, resulta conveniente que la depresión infantil sea asumida desde una perspectiva

interdisciplinaria, debido a los componentes genéticos, socio económicos y culturales que pueden intervenir en ella.

BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA. J. Sicopatología del niño. Barcelona. Ed. Masson S.A. 1987.
- BECK. Aarón y otros. Terapia Cognitiva de la Depresión. 12 edición. Desclee de Brwouer. 2000.
- BELLOCH. Amparo y Otros. Manual de Sicopatología Vol. 2. McGraw-Hill. Madrid, 1995.
- CANTWELL. D.P. y CARLSON. G.A. Trastornos afectivos en la infancia y en la adolescencia. España. Martínez Roca, 1987.
- COMPENDIO Norma Técnica Colombiana ICONTEC. Quinta actualización. Editada 2002-2003.
- DELGADO. Ricardo. Cognición y Desarrollo Humano. Medellín: Ediciones gráficas, 2002.
- FRÍAS, Dolores Facultad de Psicología. Área de la metodología de las ciencias del comportamiento. Valencia. Blasco Ibáñez.
- HERNÁNDEZ. Blanca Jenny. Caracterización de componentes de depresión en niños y niñas entre los 7 y los 12 años. Medellín. 2001.
- HERNÁNDEZ SANPIERI, Roberto y otros. Metodología de la investigación. México. McGraw-Hill, 1998.
- <http://antares.udea.edu.co/cish/Psicog.htm>
- KOPLAN, Harol y SADOCK, Benjamín. Sinopsis de Psiquiatría. Barcelona. Octava edición. 1999.

- LONDOÑO MORALES, Doris Adriana y ZEA BUSTAMANTE, Juan Carlos. Suicidio Infantil. Medellín. 2001.
- ESPINOSA, Juan David. Muy Interesante. Claves para combatir la enfermedad del siglo. Ed. Cinco. Vol. 14. N.164 junio 1999.
- PICHOT, Pierre y Otros. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. IV. Madrid. Masson, S.A. 1994.
- RISSO, Walter. Depresión: Avances recientes en cognición y procesamiento de la información. Ed. Gráficas Ltda. Colombia. 1992.
- SHAFFE, Mohammed y SHAFFE, Sharon Lee. Depresión en niños y adolescentes. España. Martínez Roca. 1995.
- SIGUAN, Miguel. Estructura familiar y depresión infantil. Anuario de Psicología. Ed. Fontalva S.A. 1992.
- <http://www.ciudadfutura.com/psico/secciones/depresion/de-definiciones/de-sintomatologia>
- <http://www.infodoctor.org/bandolera/baul/b29s.mhtm>.
- YALOM, Irving. Psicoterapia Existencial. Barcelona. Ed. Herber. 1984.

ANEXO A

El C.D.S.: La C.D.S. completa contiene 66 ítems, de los cuales 48 son depresivos y 18 positivos. Ambos grupos constituyen escalas independientes que se puntúan por separado obteniéndose una puntuación depresiva y una positiva.

Dentro de ambas escalas se han agrupado determinados ítems que se refieren a aspectos similares dentro de la depresión infantil y que forman subescalas: la escala de la depresión consta de 5 subescalas y la escala positiva de 1.

Respuesta afectiva (RA): se refiere al estado de ánimo y humor del sujeto que responde. Los ítems que componen esta escala son:

- 7 A menudo me siento desgraciado en el colegio
- 10 A veces desearía estar muerto
- 27 En el colegio muchas veces tengo ganas de llorar
- 32 A menudo me siento triste/ con ganas de llorar/ desgraciado
- 33 A veces pienso que no vale la pena vivir
- 45 Cuando estoy fuera de casa me siento triste
- 51 A veces no se porque tengo ganas de llorar
- 54 Creo que mi vida es desgraciada

Problemas sociales (PS): se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

- 16 A menudo pienso que nadie se preocupa de mi
- 18 A menudo me siento solo
- 20 A menudo no puedo demostrarle a nadie lo triste que me siento por dentro
- 28 En la escuela muchas veces me siento solo y perdido
- 40 La mayor parte del tiempo pienso que nadie me comprende
- 49 Nadie sabe realmente lo triste que me siento por dentro
- 56 A menudo siento que no le sirvo de nada a nadie
- 64 Cuando estoy lejos de casa me siento vacío por dentro

Autoestima (AE): hace referencia a los sentimientos, actitudes y conceptos del niño respecto a su propio valor. Consta de los siguientes items:

- 9 A menudo pienso que no valgo gran cosa
- 19 A menudo me siento irritado conmigo mismo
- 25 Odio mi aspecto externo o mi modo de actuar
- 35 A menudo me odio a mí mismo
- 38 A menudo me avergüenzo de mí mismo
- 52 A veces se me ocurre pensar que soy muy malo por dentro
- 53 Cuando algo no me sale o me sale mal en el colegio pienso que no valgo nada
- 58 La mayoría de las veces pienso que no soy lo bueno que me gustaría ser

Preocupación por la propia enfermedad y muerte (EM): se refiere a los sueños y fantasías del niño en relación a su salud y muerte.

- 12 Me despierto con frecuencia por las noches
- 13 Me siento mas cansado que la mayoría de mis compañeros
- 14 La mayor parte del tiempo no me interesa hacer nada
- 26 La mayoría de las mañanas no tengo ganas de levantarme
- 30 Muchas veces me siento como muerto por dentro
- 48 Cuando estoy en la escuela me siento cansado la mayor parte del tiempo
- 60 A menudo me imagino a mí mismo herido o muerto

Culpa (C): hace referencia a la autoinculpación del niño.

- 21 A menudo siento como si estuviera decepcionado de mis padres
- 23 A veces creo que mis padres dicen o hacen cosas que me hacen sentir que he hecho algo terrible
- 37 A veces me da miedo hacer cosas que pueden hacer daño o molestar a mis padres
- 39 A menudo pienso que merezco que me castiguen
- 46 Con frecuencia me siento mal porque pienso que no quiero a mis padres tanto como debiera
- 47 Creo que los demás me quieren aunque yo no lo merezco
- 55 A veces pienso que me comporto de un modo que podría molestar a mis padres
- 61 A veces me siento mal porque no puedo dar a mis padres el afecto y la atención que necesitan

Placer (P): se refiere a la presencia de diversión y alegría en la vida del niño o a su capacidad para experimentar dichas sensaciones.

- 1 Me lo paso bien la mayor parte del tiempo
- 2 Siempre tengo ganas de que llegue el día siguiente
- 8 En la escuela siempre tengo ganas de hacer muchas cosas
- 22 Me divierto con las cosas que hago
- 24 Me lo paso bien en la escuela casi siempre
- 41 Soy una persona muy feliz
- 65 Siento que soy una persona maravillosa
- 66 Me salen bien la mayor parte de las cosas que hago

El test de la familia: Es una técnica dinámica muy útil para el diagnóstico afectivo y relacional del niño.

En esencia, se solicita al niño que dibuje su familia describiendo nombres y edades, y señalándose él mismo mediante un signo o señal (flecha, cruz).

- Se analiza el tamaño de las figuras en relación con la importancia que confiera a cada uno.
- El lugar (las figuras de la izquierda tienen más importancia que las de la derecha).
- La distancia entre las figuras la cual es proporcional a la relación afectiva.
- La profusión de detalles en relación con la inteligencia.
- La ausencia de partes del cuerpo que indican una psicopatología
- La presencia de elementos adicionales como perros, árboles, en relación con la variedad de intereses.

En todo caso los niños depresivos hacen figuras deformadas carentes de elementos vitales (ojos, nariz, boca, manos...) o pueden en casos extremos presentar figuras de espaldas.

El test puede utilizarse antes y después de un proceso terapéutico para establecer comparaciones.

Terapia individual: cualquiera sea la terapia que se utilice, dentro del proceso se debe tener en cuenta los siguientes elementos:

- Ambiente físico: Debe ser cálido, acogedor, sin demasiados elementos, con suficiente espacio para que el niño juegue, las paredes deben tener colores claros, entre otros.
- Encuadre: El psicólogo debe retirarse de su escritorio y sentarse con el niño colocándose en lo posible a su misma altura, su relación inicial debe combinar elementos afectivos tales como: autenticidad, sinceridad, aceptación positiva y comprensión empática.
- Técnicas: Dependen de los conocimientos y experiencias del terapeuta, en todo caso se debe utilizar la terapia del juego para lo cual se debe disponer de muñecas, pelotas, marimbas, cubos, rompecabezas, cuentos, plastilina, arcilla, entre otros.
- Fin de la sesión: Se debe proporcionar un cierre afectivo en el cual el niño perciba al terapeuta como un amigo.

Terapia grupal:

- Ambiente físico: Los mismos elementos que rigen en la terapia individual se deben tener en cuenta aquí pero además el terapeuta debe sentarse en medio del grupo familiar sin ninguna señal de autoridad o poder.
- Encuadre: Debe ser de acogida y el tono de la voz debe propiciar la ausencia de temor en el grupo familiar.
- Técnicas: La silla vacía, expresión de sentimientos, role playing, entre otros.
- Cierre de la sesión: Se invita al grupo familiar a comprometerse firmemente en el cumplimiento de las pautas propuestas por el Psicólogo para que la terapia se prolongue a la relación familiar.

ANEXO B

ENCUESTA:

Sexo: Masculino _____	Femenino _____	
Edad: _____		
Residencia: _____		
Estrato: _____		
Ocupación del padre: _____		
Grado _____	educativo _____ del _____ padre: _____	
Ocupación de la madre: _____		
Grado _____	educativo _____ de _____ la _____ madre: _____	
Ingresos: Ninguno: _____ Menos de 1 salario mínimo: _____		
Entre 1 y 2: _____ 2 a 3: _____ Más de 3: _____		
Lugar que ocupa el niño en la familia: _____		
Composición del grupo familiar: _____		
Grupos a los que pertenece: Social: _____	Religioso: _____	
Cultural: _____	Deportivo: _____	
Juegos _____	preferidos _____ del _____ niño: _____	
Ocupación del tiempo libre:		
___ Ver televisión	___ Juegos de salón	___ Juegos de video
___ Pasear	___ Juegos de campo	___ Otros
___ Leer	___ Escuchar música	
Cuando el niño juega su participación es:		
Muy activa: _____	Medianamente activa: _____	Pasiva: _____

ANEXO C

PLEGABLE INFORMATIVO SOBRE DEPRESIÓN INFANTIL.

ANEXO D

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA.

- Nombre de la institución
- Nombre de la psicóloga (o) encargada
- Tipo de trabajo desarrollado con los niños
- ¿Qué porcentaje de la población infantil han diagnosticado con depresión infantil?
- ¿Creen que a aumentado o disminuido en cifras estadísticas año por año los casos de depresión infantil?
- ¿En qué géneros y estratos socio económicos se presenta con mayor incidencia?
- ¿Cuáles son las causas de mayor incidencia del niño depresivo que ingresa a esta institución?
- Defina al niño con características depresivas
- ¿Bajo qué corriente psicológica y terapias han trabajado los casos de depresión en esta institución?
- ¿Cuáles son las edades de mayor predominio atendidas en esta institución?
- ¿La depresión se manifiesta de igual manera en niños que en niñas?