

302925

5
2e)



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FALLA DE ORIGEN
DEPRESION EN NIÑOS
" UN ESTUDIO SOBRE SU CONOCIMIENTO
EN PROFESIONALES "**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LUZ MARIA CORREA JUAREZ

ASESOR:
DR. JESUS QUINTANAR MARQUEZ

MEXICO, D. F.,

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis Padres:

Con especial agradecimiento por su cariño, por su apoyo y comprensión brindado durante el inicio y la culminación de esta etapa.

A mis Hermanos:

Por la motivación que han generado en mi, por lo mucho que los quiero.

A mi Esposo:

Por compartir mis triunfos y fracasos, por el amor existente entre los dos.

A Rogelio y Jorge Enrique

Por ser la inspiración de este trabajo

Al Doctor Jesús Quintanar Márquez:

Agradeciendo su ayuda, para hacer posible la elaboración del presente trabajo

I N D I C E

CAPITULO

PAGINA

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

I.- BOSQUEJO DE LA TEORIA PSICOANALITICA

1.1.-	Sigmund Freud	8
1.2.-	René Spitz	12
1.3.-	Melanie Klein	15
1.4.-	Margaret Mahler	18
1.5.-	Anna Freud	22
1.6.-	John Bowlby	23

II.- DEPRESION EN NIÑOS

2.1.-	Definición	29
2.2.-	Síntomas y clasificación	40
2.3.-	Antecedentes psicoanalíticos del estudio de la depresión	54
2.4.-	Psicodinamia	68

<u>CAPITULO</u>	<u>PAGINA</u>
III.- CAUSALES DE DEPRESION	
3.1.- Causales psicológicos	73
3.2.- Causales sociales y ambientales	77
3.3.- Causales biológicos	85
IV.- PSICOTERAPIA	90
V .- METODOLOGIA	
5.1.- Problema	100
5.2.- Hipótesis	100
5.3.- Objetivos	101
5.4.- Población y muestra	102
5.5.- Obtención de datos	103
5.6.- Tipo de investigación	103
5.7.- Nivel de investigación	103
5.8.- Diseño de investigación	104
5.9.- Procedimientos	104
5.10.- Análisis estadístico	104

CAPITULO**PAGINA****VI.- RESULTADOS**

6.1.-	Presentación de resultados	107
6.2.-	Análisis y discusión	120

	CONCLUSIONES	135
--	---------------------	------------

	LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	138
--	-----------------------------------	------------

BIBLIOGRAFIA**ANEXO**

INTRODUCCION

En la actualidad, a pesar de que se ha avanzado mucho en los estudios sobre el ser humano y el mundo que le rodea, aún no se tiene un conocimiento en relación a la depresión infantil, inclusive, algunos médicos niegan la existencia de la depresión en los pequeños.

La finalidad de esta tesis es la de dar a conocer los antecedentes que existen hasta nuestros días sobre este tema. Cada uno de los seis capítulos en que está dividido tiene un contenido de vital importancia que puede llevarnos al conocimiento y prevención de la depresión.

El Capítulo I presenta las teorías más sobresalientes del psicoanálisis, mencionando las aportaciones de mayor importancia de: Sigmund Freud, Spitz, Mahler, Anna Freud, Klein y Bowlby sobre las etapas de desarrollo del niño.

El Capítulo II contempla las diferentes definiciones que se tienen sobre la depresión, comenzando desde el Siglo IV A.C. con Hipócrates, hasta 1987 con Gold; esto muestra como fue evolucionando desde "un desorden crónico", hasta algo más

complejo que involucra aspectos biológicos, ambientales, psicológicos y sociales.

Se mencionan también en este capítulo los síntomas: ¿Qué sucede con el niño que sufre depresión? La respuesta a esta pregunta la dan expertos como: Lowrey, Bender, Spitz, Fenichel y Frommer entre otros, ya que ellos hacen referencia a la sintomatología.

De igual manera, trata sobre la clasificación que existe con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III (DSM III).

Asimismo, se da un panorama general sobre los antecedentes de la depresión desde el punto de vista psicoanalítico, señalando cómo un niño de pocos meses de nacido tiene tendencia a la depresión; el proceso que pasa ante una pérdida; el sentimiento de haber destruido al ser amado y la separación de la madre.

Posteriormente, se da a conocer la psicodinamia, es decir, cómo se siente el niño consigo mismo, con los objetos que se encuentran cerca de él y cómo percibe el medio que le rodea.

El Capítulo III denominado "Causales de depresión", tiene como propósito el dar a conocer los motivos que desencadenan una depresión o los factores que influyen en su presentación.

En el Capítulo IV se dan a conocer los elementos básicos de la psicoterapia para niños deprimidos, cuál es el papel del niño, el terapeuta, la terapia, el medio social y familiar que lo rodea.

El Capítulo V analiza la metodología, que explica cuáles son los pasos seguidos para la investigación de campo y documental, con base en un cuestionario de cinco preguntas dirigidas que tienen como finalidad determinar si hay un conocimiento adecuado sobre la depresión infantil; los encuestados fueron psicólogos, pediatras, profesores y padres de familia.

La investigación documental se realiza por medio de consultas a libros y revistas que tratan el tema.

El Capítulo VI , contiene los resultados de las encuestas realizadas, así como la interpretación de los mismos.

En general, esta tesis pretende motivar a la realización de más estudios sobre la depresión infantil, ya que los resultados obtenidos muestran que existe un gran desconocimiento de lo que pasa con los niños, ya que ellos por su corta edad, no pueden expresar lo que sienten verbalmente como lo haría un adolescente o una persona adulta.

Las causas de la depresión, la sintomatología y la etapa de iniciación de la depresión no son muy reconocidas en el medio, mucho menos la depresión en niños.

JUSTIFICACION

El interés de realizar esta tesis sobre la depresión infantil, se debe a que en nuestra población existe un alto grado de abandono de niños, ya sea porque a la madre le interesa más mantener una vida social, que atender el hogar, porque no desea un niño, o bien, por necesidades de trabajo, esto último es muy común en nuestros días. Sin embargo, este abandono deja en el niño problemas que afectan su desarrollo psicológico, social y biológico.

Cabe mencionar que aunque a la madre se le atribuye una gran influencia en el niño; el padre también funciona como una imagen de mucha importancia para el pequeño, entre otros muchos aspectos le proporciona apoyo, cariño y seguridad, por lo que su lejanía en muchos casos produce depresión, ya que el niño siente que no es lo suficientemente valioso para retener el objeto amado.

Durante mi experiencia, he tenido la oportunidad de identificar algunos casos de niños que presentan esta patología, debido al abandono de uno de sus padres; sin embargo, las personas que los rodeamos no nos percatábamos de lo que realmente tenían.

Pensábamos que si hacían berrinche era para conseguir u obtener algo, si se encontraban viendo un lugar fijamente durante mucho tiempo era porque tenían sueño, si aventaban o tiraban las cosas es que eran agresivos, todos estos ejemplos eran justificados, y así podría mencionar más actitudes; pero todo era percibido lejos de la realidad: los niños también pueden deprimirse.

Desgraciadamente algunos especialistas en la conducta humana no han aceptado el hecho de que los niños se deprimen, y mucho menos los padres de familia.

La niñez representa un punto clave para el desarrollo de la personalidad, si no le damos la debida importancia a las sensaciones y sentimientos que el niño exterioriza, el futuro para ese niño puede verse cubierto con una capa gris que no le permita ver con claridad, afectando enormemente su vida como adulto.

Debido a la poca información sobre el tema, se considera conveniente obtener más datos acerca del mismo y darlos a conocer, y que las personas que lean esta tesis puedan tener bases teóricas y en su momento, tal vez puedan aplicar algo de lo que aquí se menciona, y de esta forma identificar el problema y ayudar a la solución del mismo.

CAPITULO I

BOSQUEJO DE LA TEORIA PSICOANALITICA

CAPITULO I

BOSQUEJO DE LA TEORIA PSICOANALITICA

A continuación se realiza una descripción de las teorías que han tenido más relevancia dentro del psicoanálisis.

1.1.- Sigmund Freud (1856-1939)

Ha aportado grandes estudios a la humanidad, entre ellos se encuentran las etapas psicosexuales, las cuales se interrelacionan con las tres zonas erógenas principales: la boca, el ano y los órganos genitales.

a) Etapas Orales

Durante el primer año siente placer por medio de la boca, ya que es el medio de obtener alimento. La boca tiene por lo menos cinco modos de funcionar: incorporar, retirar, morder, escupir y cerrar; cada uno de estos modos es un modelo original de ciertos rasgos de personalidad.

La boca proporciona muchas experiencias prototípicas que se transfieren a otras situaciones, por ejemplo: ingerir es el prototipo de adquisitividad; retener, el de tenacidad y determinación; morder, el de destructividad; escupir, el de rechazo y cerrar, el negativismo.

b) Etapa Anal

Esta etapa se presenta aproximadamente de uno a los tres años de edad. El ano se convierte en foco de placer del niño, quien goza al retener o expulsar las heces fecales.

La educación de los esfínteres representa un conflicto para el niño, ya que él desea defecar y existe una demanda de que sólo en el baño puede hacerlo.

Si la petición es muy estricta y punitiva, puede disgustarse ensuciando; esto traerá como consecuencia problemas con la autoridad. Así como esta actitud, hay otro tipo de respuestas que son generadas por las experiencias que se tienen durante esta etapa.

c) Etapa Fálica

Su presentación es durante la edad de tres a cinco años, los órganos genitales producen placer (esta se conoce como etapa edípica), la masturbación se presenta comúnmente.

En esta etapa se analizan por separado las conductas de niños y niñas.

Etapa Fálica Masculina

Antes de esta etapa el niño se identifica con el padre; quiere poseer a la madre sexualmente y siente antagonismo por el padre, al cual considera como un rival. (Complejo de Edipo)

Lo anterior sucede en casos donde el niño está "sano emocionalmente", ya que existen niños que tienen una identificación con el progenitor de diferente sexo, debido a conflictos familiares que puedan prevalecer.

Si el niño que desea mucho a la madre, teme ser dañado por medio de la castración (como según él fueron castradas las niñas), este

miedo le hace que inhiba sus deseos, renunciando a la madre, identificándose con el padre.

Etapa Fálica Femenina

Como el niño, la niña ama a la madre porqué ella la tuvo dentro de su vientre, es quien le presta atención y satisface sus necesidades; sin embargo, la considera como rival porque siente que le roba la atención del padre.

Otro factor que resulta importante para que la niña quiera tener más acercamiento con el padre, es que él posee un pene. (Envidia del pene)

El punto anterior nos lleva a pensar el porqué los niños no envidian los senos de la madre, los cuales poseen nutrientes que mantienen vivo a un ser humano.

La niña se da cuenta que no puede poseer al padre y que posteriormente tendrá la posibilidad de tener una pareja como su papá y desiste de esta idea.

4) Latencia

Ambos (niño y niña) pasan por un período de latencia, en donde los impulsos agresivos y sexuales están determinados por las formaciones reactivas.

La energía libidinal se enfoca principalmente a actividades de aprendizaje; esta etapa corresponde a la edad escolar, y va de los seis a los once años de edad aproximadamente.

Al llegar a la adolescencia, los impulsos reviven y muchas veces ocasionan conflictos, pues en nuestra sociedad la madurez física, psicológica y social no coinciden.

1.2.- Spitz

Spitz (1966) estudió la relación entre la madre e hijo durante el primer año de vida. Dicho autor nos habla de la percepción del neonato y de los tres organizadores.

Al nacer, el niño percibe pocos estímulos debido a la barrera contra estímulos que posee, sólo cuando se excede el umbral,

percibe al mundo externo con desagrado; el pecho, que es un objeto del medio que lo rodea es percibido como parte de él, percibe como una totalidad para posteriormente separar uno de otro.

El medio que utiliza para obtener contacto con el mundo es la boca y la cavidad oral, conociendo por ese medio, entre otras cosas: alimento, sus dedos, el pezón como parte de la madre, aspecto que resulta importante para él, ya que si pierde el pezón siente que pierde a la madre y todo lo contrario.

Habla de tres organizadores, entendiendo por organizador "Un mecanismo fisiológico, que cuando opera como resultado de estimulación suscita experiencias y reacciones conscientes".

Menciona como organizadores: la sonrisa, la angustia del octavo mes y el dominio del "No", aunque él estipula un período para la presentación de estas fases no resulta generalizable; ya que cada niño reacciona diferente debido al desarrollo mental, a la relación prevaleciente con los padres, así como el medio que le rodea. Por ejemplo, un niño que tiene unos padres amenazantes, no se angustia hasta el octavo mes, tal vez antes, por la conducta de los padres.

a) La Sonrisa

En el segundo mes de vida el rostro humano acapara la atención de los bebés, al tercer mes es capaz de responder al rostro (de frente, de manera que pueda ver los ojos) con una sonrisa. Esta es la primer manifestación dirigida e intencional.

b) Angustia del Octavo Mes

A partir del octavo mes el niño se angustia cuando alguna persona (hombre o mujer) se acerca a él y le son desconocidos. La actitud que muestra es de rechazo por medio de llanto, volviendo la espalda, etc.

De acuerdo a Spitz, el niño empieza a amar, pues reconoce al ser amado y reacciona con angustia ante un rostro desconocido, pues se percata de que no es el de la madre y cree que ésta lo ha abandonado.

c) El Dominio del No

El niño manifiesta su juicio y negativas a través del No, ya sea con palabras o gestos.

El niño logra decir que "No" por la madre, ya que cuando ella le prohíbe algo, el niño lo interpreta como "Si no estás de acuerdo conmigo, estás en mi contra"; se identifica con el agresor apropiándose del gesto y del afecto en contra.

1.3.- Melanie Klein (en Segal, 1979)

Las contribuciones de Klein se pueden dividir en las siguientes fases: fantasía, posición esquizoparanoide, envidia, posición depresiva y defensas maníacas.

a) Fantasia

La fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos y por consiguiente, existe desde el comienzo de la vida.

La fantasía tiene como función fundamental calmar la necesidad inmediata como: el hambre, atacar a la madre, destruirla por no satisfacer sus necesidades, etc.

La fantasía inconsciente influye en la percepción o interpretación de la realidad, así como también la realidad

ejerce su impacto sobre la fantasía inconsciente. Una de las fantasías del bebé consiste en considerarse omnipotente.

b) Posición Esquisoparanoide

Cuando el bebé es gratificado considera que la madre es "buena", y cuando es frustrado le atribuye la calidad de "mala".

El yo se escinde y proyecta en el pecho parte del instinto de muerte y libido, de tal manera que siente que daña el objeto, apareciendo el delirio de persecución, pues éste puede retaliarle.

La otra parte del instinto de muerte queda dentro del niño y es la agresión que su fantasía ocupa contra los perseguidores.

El niño se queda con el objeto bueno en su interior y el objeto malo fuera, al cual le teme porque piensa que destruirá sus contenidos internos.

Los mecanismos de defensa los utiliza para defenderse de lo que le provoca angustia.

c) Envidia

El niño quiere poseer el contenido positivo que en su fantasía posee la madre en su interior (bebés, peñas, leche), que él envidia.

La envidia le hace estropear el pecho en su fantasía: el cuerpo de la madre e incluso a sus bebés, realiza una proyección de sus partes malas, esto le causa sentimientos de culpa y persecución.

d) Posición Depresiva

Cuando reconoce a la madre como un ser total, la introyecta para protegerla de su destructividad, ya que siente que puede lastimar al objeto bueno.

Siente que con su envidia y agresión la ha destruido y se generan en él sentimientos de culpa, tristeza y no tiene la esperanza de recuperarla.

e) Defensa Maníaca

El dolor de la pérdida se disminuye con las defensas maníacas. Este tipo de defensas le ayudan a negar el sentimiento de dependencia que hay con el objeto perdido. La relación con los

objetos se caracteriza por una triada de sentimientos: control, triunfo y reparación.

1.- Controlar

Es llevar al objeto a que cumpla con lo que él desea.

2.- Triunfo

Es negar que se está triste, deprimido; esto se relaciona con la omnipotencia del niño, el ataque primario al objeto durante la posición anterior y el triunfo que siente al derrotarlo.

3.- Reparación

El amor que posee el niño lo lleva a reparar lo que ha destruido tanto dentro como fuera; de esta manera aprende a aceptar al objeto como es.

1.4.- Margaret Mahler (1975)

Margaret Mahler nos menciona las siguientes fases:

a) **Fase Presimbíótica**

Concibe al ser humano en su estado embrionario, ya que se encuentra en un sistema cerrado y aislado del mundo exterior, pero que satisface sus necesidades en un mundo un tanto autístico; siente que los gratificadores que tiene provienen de su interior, de su omnipotencia. Este período dura cuatro semanas aproximadamente.

b) **Fase Simbiótica**

En esta fase la cualidad es la fusión alucinatoria somatopsíquica y omnipotente, con la representación de la madre y en particular, la ilusión de un límite común a los dos, que se inicia en el segundo mes de vida.

c) **Separación-Individuación**

El niño se da cuenta que la madre y él son diferentes; se expresa la ansiedad de separación, precursora de la tercera etapa, la cual se divide en cuatro fases: la separación, la práctica, la reaproximación y la formación de la constancia objetal.

1) La Separación

Esta etapa dura de los 6 a los 13 meses aproximadamente. Se presenta cuando la separación de la madre le causa al niño llanto y ansiedad; siendo importante para él la disponibilidad de la madre o sustituto, de otro modo sobreviene una depresión anaclítica, en caso de una separación definitiva.

2) La Práctica

Se extiende de los 12 a 18 meses aproximadamente y se divide en dos fases:

Fase Temprana

Se caracteriza por las primeras habilidades físicas de movimiento (gatear, trepar, caminar, etc.)

Fase Práctica

El cambio que se suscita en esta fase es la locomoción erecta, producida por la maduración del sistema nervioso central. Inicia la separación de la madre, desaparece cuando él se retira caminando o tapándose la cara, volviendo a verla cuando se destapa la cara o regresa a ella. Esto lo llena de alegría y le

ayuda a adquirir seguridad ante la separación y la ansiedad que se origina.

3) Reaproximación

La tercera etapa se subdivide en: inicio de la reaproximación, crisis y solución de la crisis.

Inicio

Consiste en que el niño da a conocer a la madre los sentimientos u objetos que está descubriendo, así como el deseo de imitar e identificarse con otros niños.

Crisis

En esta fase aparecen otras conductas tales como: indecisión, agresión, peleas con la madre y aparición de objetos que sustituyen a la madre: muñecos de peluche, muñecas, etc.

Solución de la Crisis

Es el resultado de la fase anterior, un desarrollo hacia la constancia individual del objeto.

4) Formación de Constancia

La última fase de separación-individuación se extiende hasta el vigesimosexto o trigésimosexto mes de vida; se caracteriza por la capacidad de retener en su mente objetos externos. (constancia objetal)

1.5.- Anna Freud (1989)

Menciona que el niño después de adquirir constancia objetal (en donde se introyecta una imagen positiva o negativa del objeto), es cuando puede tolerar la separación, volviéndose más adecuado y menos traumante.

La primera fase es cuando el niño incluye a la madre en su medio narcisista interno, mientras el narcisismo se extiende a la madre y posteriormente las fases de simbiosis y separación e individuación.

La segunda fase considera de gran importancia "La necesidad de satisfacción o relación anaclítica", la catexis de objeto surge bajo el impacto de los deseos y se aleja con la satisfacción.

La tercera es la constancia objetal.

La cuarta es la relación ambivalente de la etapa preedípica (sádico-anal), caracterizada por actitudes yóicas de asir, dominar y controlar los objetos amados.

Posterior a ello se da la fase fálico-edípica, de latencia, el preludio y la rebelión adolescente.

Cualquier violación de la fase uno da lugar a la ansiedad de separación, el fracaso de la madre como satisfactor de su necesidad; en la fase dos causará trastornos en la individuación, mientras las relaciones libidinales insatisfechas hacia los objetos inestables durante la fase cuatro, dará lugar a la agresión incontrolada o destructiva.

1.6.- John Bowlby (1905 A)

Para él, la separación de la madre y la falta de cuidados maternos no significan lo mismo, ya que puede haber separación sin carencia.

Siempre que existe un sustituto que no es adecuado, que no cumple con las necesidades del niño, existirá una carencia, la

insuficiencia de cuidados maternos, al existir diferentes figuras adoptivas, la relación inadecuada con el hijo; esto hace que la separación del niño de la madre sea aún más difícil cuando estén muy ligados emocionalmente.

En ocasiones, se considera que estos problemas no tienen efectos, sin embargo, esta situación se reactiva ante una nueva pérdida; las consecuencias dependerán de su historia y de su edad.

Resume 12 puntos que son importantes para entender su teoría:

- 1.-La conducta de vinculación según Bolwby, es toda conducta resultante al mantenimiento y cuidado de la proximidad de una persona que tiene un significado particular.
- 2.-Esta conducta es diferente a la conducta sexual y a la conducta que se da cuando la madre lo alimenta.
- 3.-Se basa en primera instancia en el desarrollo efectivo de vinculación entre padre e hijo, y posteriormente entre adulto y adulto.

- 4.-Esta conducta ayuda a mantener proximidad y comunicación con la persona seleccionada.

- 5.-Los sistemas mediante los cuales la conducta de vinculación es activada con el temor y la inaccesibilidad de la figura con la cual se motiva la vinculación, así como la fatiga y el sentimiento de extrañeza, en el sentido de no reconocer y manifestar ansiedad ante una situación nueva o poco conocida; también existen ciertas condiciones por medio de las cuales esta actuación desaparece (como encontrarse en un lugar o situación familiar).

- 6.-Las emociones de más importancia se presentan en la formación, en el transcurso y renovación de relaciones afectivas de la conducta de vinculación.

- 7.-La conducta de vinculación ayuda a que se pueda sentir seguridad al encontrar al cuidador.

- 8.-El poder cuidar es una función que va unida a la conducta de vinculación.

9.-Dicha conducta se presenta en el transcurso de la vida, no indicando psicopatología el hecho de que se presente en adultos.

10.-La psicopatología es entendida como una desviación del desarrollo normal, y no por la existencia de fijaciones o regresiones a estadios más tempranos del desarrollo.

11.-La desviación de conducta de este tipo puede presentarse a cualquier edad.

12.-Las experiencias afectivas de cualquier etapa de la vida tienen un papel importante en el desarrollo de la conducta de vinculación.

Esta conducta es biológicamente innata, presentándose en otras especies.

Como nos dimos cuenta, la Teoría Psicoanalítica refleja un panorama completo de lo que implica para el niño cada una de las etapas de su vida. Cada uno de los autores en general, hacen

mención a partir de los primeros meses de vida del niño hasta los 5 años aproximadamente.

Dentro de cada uno de los estudios, para el niño la madre tiene un papel importante en el desarrollo adecuado de él, de tal manera que tendrá que ser una persona que ame a sus hijos, que les de cariño, que les haga sentir protección, alivio, seguridad, no debe ser tan extremista, punitiva ni permisiva, ya que ella dará al niño las herramientas necesarias para crecer sanamente.

CAPITULO II

DEPRESION EN NIÑOS

CAPITULO II**DEPRESION EN NIÑOS****2.1.- Definición**

La depresión ha sido definida desde los Siglos V y IV A.C. hasta nuestros días; aunque la mayoría de las definiciones se enfocan en la depresión en adultos, han sido de gran utilidad para definir la depresión infantil.

A continuación mencionaremos algunas de ellas:

Hipócrates (Siglo IV A.C., en Kolb, 1981)

Describe la melancolía como un desorden crónico sin fiebre ni agitación.

Como nos damos cuenta, en esta etapa se conceptualiza la depresión como una enfermedad física más que mental.

Aretea de Capadocia (150 A.C., en Jackson, 1989)

La melancolía es una caída del espíritu, con una única fantasía, sin fiebre, se trastorna el entendimiento, se ven llenos de tristeza y desesperación.

Ishaq y Constantino (1020 - 1087, en Jackson, 1989)

Melancolía es un cierto sentimiento de aflicción y aislamiento que se forma en el alma, debido a algo que el paciente cree real, pero en realidad es irreal.

Avicena (680 - 1037, en Mendels, 1972)

Para él, la melancolía es una desviación del estado natural acompañado por el miedo.

Timothie Bright (1550 - 1615, en Jackson, 1989)

Hay diferentes maneras de entender la melancolía: como una enfermedad, o un determinado estado de ánimo lleno de temores que altera la razón.

André du Laurens (1560 - 1601, en Jackson, 1989)

Un delirio o una especie de chochez sin fiebre, normalmente acompañada de miedo o de tristeza, sin ninguna razón aparente.

Felix Platter (1536 - 1614, en Jackson, 1989)

Se llama melancolía a un tipo de alienación mental, en que la imagen y el juicio se pervierten de tal manera, que sin causa alguna sus víctimas se ponen tristes y llenas de miedo.

Esquirol (1772 - 1840, en Jackson, 1989)

Es una enfermedad cerebral caracterizada por delirio parcial crónico, sostenido por una pasión de carácter triste, debilitante u opresivo.

Johan Christian Heinroth (1772 - 1843, en Jackson, 1987)

Describe la culpa como un factor de gran importancia, ya que piensa que la melancolía y la manía tienen interrelación.

Pinel (1801, en Jackson, 1989)

Describe al melancólico como un ser taciturno y pensativo, que busca la salida a pesar de que no se encuentra en buen estado de salud y en prósperas circunstancias. Menciona que los depresivos pueden realizar crímenes para recibir castigo.

Naudsley (1835 - 1918, en Jackson, 1989)

Dentro de la melancolía se encuentran aquellos casos en que hay opresión del sentimiento.

George H. Savage (1842 - 1921, en Jackson, 1989)

Es un estado de depresión mental en el que la aflicción no guarda proporción ni con su causa aparente en la peculiar forma que asume; el dolor mental proveniente de cambios físicos o corporales y no directamente del ambiente.

Charles Mercier (1852 - 1918, en Jackson, 1989)

Desorden caracterizado por una sensación de sufrimiento profundo, mayor de lo que justifica la circunstancia en que se halla el individuo.

Kraepelin (1856 - 1926, en Polaino, 1965)

Define dos tipos de psicosis: la maníaca depresiva y la demencia precoz.

Adolf Meyer (1866 - 1950, en Arieti y Samporad, 1990)

Interpreta los desórdenes mentales como reacciones o situaciones de la vida e introduce al término "depresión" como entidad clínica, tratando de entenderla a través de la vida e historia del individuo.

K. Abraham (1912 - 1948, en Ajuuriaquerria, 1986)

Hace diferencia entre depresión y melancolía: melancolía normal es la que surge por la muerte de un ser querido y depresión melancólica, es cuando la persona tiene sentimientos de culpa. Enfatiza que existe represión de la agresión en la depresión.

Sugiere la posibilidad de depresión infantil, que se origina en el período edípico, en donde se agudizan y reviven los conflictos pregenitales, y eventualmente se lidia con respuestas depresivas repetitivas ante cualquier frustración.

Sigmund Freud (1971)

En su artículo "Duelo y Melancolía" menciona que en el duelo, el objeto es perdido debido a una muerte real, y en la melancolía existe una pérdida interna, debido a la relación de ambivalencia que el sujeto tenía con el objeto perdido.

Jacobson (1943 - 1954, en Arieti, 1990)

La frustración es el inicio de la depresión y la define como una experiencia de luchar y lidiar con expectativas y promesas de gratificación no alcanzada.

Bibring (1953 -1967, en Arieti, 1990)

La depresión es una expresión emocional de un estado de indefensión e impotencia del Yo; resultado de experiencias frustrantes y la fijación en el sentimiento de invalidez, mas que una fijación oral.

Nach Recamier (1969, en Arieti, 1990)

Estado patológico de sufrimiento psíquico consciente y de culpa, acompañado por una marcada reducción de los valores personales y una disminución de la actividad psicomotora y orgánica.

En la depresión la triada clásica está constituida por: estado de ánimo deprimido, disminución de la velocidad de ideación y retardo psicomotor.

Diccionario de psiquiatría (1960)

En psiquiatría, la depresión se refiere a un síndrome clínico, consistente en un estado de ánimo bajo, sentimiento de desánimo, dificultad en el pensamiento y retardo psicomotor.

Bonine (1960 1962, citado en Arieti, 1990)

La depresión no es simplemente un conjunto de síntomas que conforman una enfermedad periódica, sino una práctica, una modalidad cotidiana de interacción.

Engel y Schmale (1962, en Lasard, 1981)

Encontraron que está relacionado el aspecto somático y psicológico de la depresión: "Existen respuestas de los niños a la frustración, con inhibición, confusión, tristeza, protesta y agresión con cierta vulnerabilidad".

Sandler y Joffe (1965, en Arieti, 1990)

La depresión es un afecto básico como la ansiedad; es experimentado cuando el individuo cree haber perdido algo que era esencial para su bienestar y se siente incapaz de anular la pérdida.

Anthony (1967, en Ajuriaquerria, 1986)

Señala que la diferencia entre depresión infantil y la depresión adulta, obedece a la incapacidad del niño para manifestar de manera verbal sus estados afectivos, debido al desarrollo incompleto del Super Yo y una representación inconsciente del self.

Mackinnon y Michels (1973)

La depresión es un síntoma y un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común; en cuanto al síntoma de depresión, describe un tono afectivo de tristeza, acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido.

El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarlo, todas las facetas de la vida se ven afectadas.

Kendell (1976, en Jackson, 1989)

Depresión es un estado emocional en el que se produce un cambio debido a alteraciones metabólicas (catecolaminas), que enfrentan al sujeto a un estado de stress y angustia, hasta el extremo de obligarlo a aislarse del mundo que lo rodea, haciendo que peligre su vida o la de quienes lo rodean.

Frasier y Carr (1976, en Arieti, 1990)

Depresión es un estado emocional que se caracteriza por sentimientos de tristeza, desaliento, soledad, aislamiento; el sujeto deprimido se muestra poco interesado y comunicativo, su aspecto es melancólico y enfermo.

Cobo (en Burgos, 1981)

De acuerdo con él, la depresión en los niños es una vivencia de baja autoestima, con la idea de no poder salir de ahí, vivido con sufrimiento.

Diccionario de Psiquiatría (1983)

Reacción emocional caracterizada por sentimientos de tristeza, soledad, rechazo, fracaso, desesperanza o combinación de ellas.

Se le considera como indicativo de enfermedad mental cuando se halla en desproporción con las circunstancias o cuando persiste después de un tiempo razonable, y el sujeto no hace ningún esfuerzo para salir de su estado o para luchar con las circunstancias que lo generen.

Pérez de Francisco (1986)

La depresión es una entidad nosológica cuando ha sido heredada con una transmisión de tipo dominante, es una palanca de causas desencadenantes proporcionales a la intensidad de la depresión, y sólo responde a las medidas terapéuticas más enérgicas.

Quirasco (1986)

Define depresión cuando existe una alteración patológica del estado de humor, que se orienta y fija en el polo de la tristeza de manera normal, tanto por su intensidad excesiva como por su duración indebidamente prolongada.

Cantwell y Carlson (1987)

La depresión como síntoma se refiere a una disminución del estado de ánimo, acompañado de síntomas psicomotores, cognitivos y vegetativos, causado por una pérdida o desengaño, o bien, sin algo que lo justifique.

Como síntoma, la depresión forma parte de un trastorno o síndrome depresivo o de cualquier otra patología psiquiátrica o no.

2.2.- Síntomas y Clasificación

Existe una diversidad de síntomas que manifiestan la presencia de una depresión. Cabe mencionar que no todos se presentan en un sólo individuo, pero hay algunos síntomas que son representativos para deducir que existe depresión.

Bender (1941, en Arieti, 1990)

Señala que las interrupciones en la relación materna-infantil provocan falta de capacidad para el amor en el sentido de culpabilidad, desarrollándose reacciones ante estímulos o experiencias inmediatas.

Spitz (1966)

Al definir depresión anaclítica, menciona los siguientes síntomas: pérdida de peso, insomnio, falta de respuesta a las personas que lo rodean, inexpresividad, mirada extraviada. Si la separación de la madre es mayor a cinco meses, presenta predisposición a enfermedades, detención y retraso del índice de desarrollo, ausencia de actividad automotriz, retraimiento, movilidad decreciente, retroceso, rigidez facial y en casos muy graves, mortalidad.

Bowlby (1985 A)

Cuando la madre se separa del bebé, este pasa por tres etapas:

Protesta

En donde el niño manifiesta llanto, chillidos, sacudidas.

Desesperación

Su llanto es menos constante, cae en silencio, disminuye sus estímulos, termina deprimido, pasivo, ocioso, con poco contacto social.

Desapego

En esta fase parece haberse recuperado, se muestra contento, sociable; si la madre regresa la ignora.

Engel y Schmale (1962, en Arieti, 1990)

En la depresión se presenta confusión, inhibición, tristeza, protesta, agresión.

Mahler (1975)

Ante la separación-individuación, el niño se siente defraudado por la madre y de sí mismo, exhibe exageradas reacciones de dolor ante la separación marcadas por: rabietas y continuos esfuerzos para retener a la madre, dándose por vencido cuando le resulta imposible evitar la separación.

Otto Fenichel (1989)

Para este autor, los síntomas de la depresión son: la necesidad de suministros (drogas, hobby, etc.), incapacidad para obtener la satisfacción deseada, autodesvalorización, oralmente dependiente, temor de ser abandonado, pérdida de la autoestima, fracasos, pérdida de prestigio o de dinero, remordimiento, sentimientos de culpa, bulimia o rechazo al alimento, fantasías canibalísticas, actividades erótico-orales (succión del pulgar), sumisión, delirio de persecución, ambivalencia, autorreproches y en ocasiones, actos de autodestrucción.

Eva Frommer (1968, en Arieti, 1990)

Para definir sintomatología, distingue tres subgrupos:

Depresión enurética

Denominada así por la presentación de enuresis, encopresis, además problemas de aprendizaje y retraimiento.

Depresión Simple

Es la más común, y se presenta irritabilidad, debilidad y estallidos temperamentales.

Depresión Fóbica

Caracterizada por ansiedad, falta de confianza, dolores abdominales u otros síntomas somáticos.

Mendels (1972)

La depresión endógena se caracteriza por retardo, depresión severa, falta de actividad, pérdida del interés en la vida, síntomas somáticos, stress, intervalos de insomnio nocturno, falta de autocompasión, pérdida de peso, excitación en las mañanas, culpa, ausencia de rasgos de personalidad histérica o inadecuada y suicidio.

En una depresión menos severa, se pierde el interés en la vida, menos síntomas somáticos, estress precipitante, menos intervalos de insomnio nocturno, más autocompasión, menos episodios previos, menos pérdida de peso, rasgos de personalidad histérica o inadecuada, menos suicidios.

Fornaski y Szull (1970, en Lazard, 1981)

Los deprimidos tienen un imagen negativa de si mismos; en los niños los síntomas de depresión son: sienten que son malos, temen al fracaso, presienten que recibirán un trato injusto, sensación de inadecuación, llanto, retraimiento y agresividad.

Beck, (1967, en Arieti, 1990)

En el pensamiento de los depresivos hay concepciones distorsionadas e irreales; las verbalizaciones de los individuos revelan temas recurrentes y poco respeto hacia si mismo, privación, autocrítica, autocensura, problemas y obligaciones agobiantes, autodominio, autoprohibición, deseos escapistas y suicidas, y una visión negativa de si mismo y de su futuro. Cuando alguno de estos puntos aumenta, aparecen síntomas como: sentirse triste porque se ha sido rechazado o cree que lo ha sido, las tareas le parecen insuperables y aburridas, su voluntad se paraliza y desea escapar.

Cuando se intensifican son asociadas con síntomas de: desamparo e inutilidad, se vuelve extremadamente dependiente y puede intentar suicidarse.

Malmquist (1971, en Lasaró, 1981)

Existen 13 puntos que pueden ayudarnos a detectar la depresión:

1. Semblante de tristeza e infelicidad; el niño no puede dar a conocer lo que siente ya que no sabe lo que pasa, pero si muestra una conducta de tristeza.
2. Hay poco interés por realizar otra actividad, se encuentra inhibido, confundido, da la impresión de aburrimiento o estar enfermo físicamente.
3. Se presenta somatización, dolor estomacal, mareo, insomnio, trastorno en el sueño y así como en la alimentación.
4. Existe descontento, las actividades que le agradan no resultan satisfactorias para él.

5. Se siente rechazado y no querido.
6. Se ve a sí mismo como algo malo y siente menosprecio hacia los demás.
7. Tiene poca tolerancia a la depresión e irritabilidad.
8. Se muestra negativo y descontento y no acepta el castigo de los demás.
9. Provoca agresión hacia los demás, muestra poca tolerancia a la frustración.
10. Exhibe pasividad y espera que los demás adivinen lo que necesita, provocando con ello una agresión pasiva cuando no aciertan a sus deseos.
11. Condena cualquier falla y evade los conflictos.

12. Pueden existir conductas obsesivas compulsivas y actividades que contengan pensamientos mágicos.
13. Tiene periodos de "acting out", que le sirven para evadir el dolor, la tristeza o los sentimientos depresivos.

Cytryn y Menev (1972)

Cataloga la depresión en tres tipos:

Reacción Enmascarada Depresiva de la Infancia

Manifestada por agresión abierta y conducta de tipo "acting out".

Reacción Aguda Depresiva de la Infancia

Se caracteriza por el aislamiento, problemas escolares, ansiedad, trastornos vegetativos, dificultad interpersonal y deseo de suicidio.

Reacción Crónica Depresiva de la Infancia

Presenta una conducta e ideación suicida y humor deprimido.

Weinberg (1973, en Arieti, 1990)

Dice que para que a un niño se le pueda diagnosticar depresión, debe evidenciarse el abatimiento e ideas autodenigrantes o por lo menos, dos de los ocho síntomas siguientes: conducta agresiva, trastornos en el sueño, modificación del rendimiento escolar, menor socialización, cambios en la actitud frente al estudio, síntomas somáticos, disminución de la energía habitual y variaciones desacostumbradas en el apetito y peso.

Mconville Boay y Purohit (1973, en Jackson, 1989)

Hace la diferenciación de tres tipos de síntomas depresivos:

Afectivo (De los 6 a los 8 años)

Exteriorizaciones de tristeza e indefensión.

Autoestima Negativa (De los 8 a los 10 años)

Se caracteriza por sentimientos de desvalorización o carencia de amor.

Culpa (De los 10 a los 11 años)

El niño cree que es malo y merece morir o que lo matarán.

Spensley (1975)

El paciente se encuentra quieto, inhibido, triste, pesimista, autodespreciativo, impotente, desilusionado, desesperanzado, mantiene conversación difícilmente, presencia devaluada, se siente rechazado, infravalorado, atención, concentración y memoria estarán disminuidas, ansiedad, sentimientos de irrealidad, fatiga, ideas y sentimientos de culpa, baja iniciativa y miedo.

Le Moal (1976)

La mirada de las personas que padecen depresión es de tristeza, dificultad física e intelectual, rendimiento bajo, pereza, el esfuerzo no le produce placer, no tienden a prestar servicios, muestran escasa energía muscular y cerebral, su ideación es lenta, su pensamiento es impreciso; la imaginación pobre y sus inquietudes son escasas o casi nulas.

Kolb (1981)

Los síntomas pueden variar desde el abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación extrema.

En el síndrome menos grave, el paciente está inmóvil, cohibido, infeliz, pesimista, se desprecia a sí mismo, muestra falta de ánimo, insuficiencia, desesperanza.

Se cree incapaz de tomar decisiones, se le dificulta ejecutar actividades que anteriormente desempeñaba con facilidad, se preocupa demasiado por sus problemas.

En depresiones más profundas existe: indignidad hacia sí mismo; autoacusación; tensión dentro de la cabeza; pérdida de apetito; insomnio; fatiga; poca concentración; tristeza; tensión desagradable; todas las experiencias van seguidas de dolor mental; sus conversaciones se tornan difíciles; siente que nadie lo quiere; que es rechazado; se altera; es incapaz de pensar; sus ideas son delirantes; tiene ideas de culpabilidad; ha perdido la iniciativa y cuando se le cuestiona, sus respuestas son retardadas; la expresión facial es de abandono, perplejidad, desesperanza y tal vez miedo.

Cobo, (en Burgos, 1981)

Los síntomas de la depresión pueden clasificarse en dos grandes grupos:

Indole Psicológica

Tales como: incomunicación involuntaria, aspecto triste, insatisfacción, falta de interés por las cosas, inhibición, retraimiento, incapacidad para relacionarse, dependencia hacia los demás, dificultad para encontrar placer, falta de autoestima.

Indole Física

Tales como: dolores de cabeza, insomnio, enuresis y agresividad injustificada.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III 1988)

De acuerdo al DSM III, los síntomas en el período depresivo mayor son los siguientes:

a) No tiene interés o placer por las actividades que realiza, se encuentra en un estado disfórico manifestado por depresión, tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, falta de iniciativa e irritabilidad.

b) Por lo menos cuatro de los síntomas que se expresan a continuación se han presentado casi diariamente durante 2 semanas como mínimo en niños menores de 6 años:

1.-Poco apetito, pérdida de peso, aumento de apetito con ganancia significativa de peso.

2.-Insomnio o hipersomnio.

3.-Agitación o disminución de la actividad psicomotora (no bastan los sentimientos de inquietud), hiperactividad en niños de 6 años.

4.-Pérdida de interés o de placer en las actividades habituales, disminución de la motivación sexual, apatía en niños menores de 6 años.

5.-Pérdida de energía o fatiga.

6.-Sentimientos de inutilidad, autorreproche, culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante).

7.-Quejas o disminución de la concentración o el pensamiento tales como: enlentecimiento del pensamiento, indecisión no acompañada de incoherencias o pérdida de la capacidad asociativa.

8.-Pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio.

c) Cuando no está presente el síndrome afectivo, antes de que se haya desarrollado o después de haber aparecido alguno de los síntomas que se presentan a continuación:

1.-Preocupación por ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo.

2.-Conducta extraña.

- d) No hay sobreañadida una esquizofrenia ni un trastorno esquizofreniforme, ni un trastorno paranoide.

- e) Todo ello no es debido a ningún otro trastorno mental, ni al duelo no complicado.

Calderón (1987)

Los síntomas que se presentan en este tipo de patología son: indiferencia afectiva; tristeza; inseguridad; pesimismo; miedo; ansiedad; irritabilidad; ideas de culpa o de fracaso; pensamientos obsesivos; sensopercepción disminuida; trastornos de la memoria; disminución de: atención, comprensión, actividad, productividad, deseos sexuales; impulsos suicidas; deseos de ingerir alcohol; trastornos en: sueño, apetito, piel, digestivos, cardiovasculares; cefalea; mareos; vómitos; colitis; úlcera péptica; colon irritable; sensaciones cutáneas anormales como el aumento de la transpiración.

2.3.- Antecedentes Psicoanalíticos del Estudio de la Depresión

Las teorías existentes acerca de la depresión infantil son las siguientes:

Sigmund Freud (1971)

El creador del psicoanálisis presentó un ensayo denominado "Duelo y Melancolía", utilizando este término para denominar la depresión.

"El duelo es la relación frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción como: la patria, la libertad ideal, etc., durante este estado se busca la gratificación, la compañía de familiares y amigos".

El melancólico establece una relación objetal que resulta deteriorada por el desempeño causado por la persona amada, se retira la carga libidinal que no pasa a otro objeto sino al Yo, se realiza una identificación entre un sector del Yo y del objeto amado, si hay pérdidas posteriores se descarga la agresión en el Yo.

Las características principales de la melancolía desde el punto de vista de Freud son:

- Disminución del amor propio.

- Autocrítica pública de "Su Yo" sin ningún pudor.
- Pérdida de la autoestima.
- La libido se retrocede al Yo, en lugar de desplazarse al objeto.
- Transformación de pérdida del objeto, en pérdida del Yo.
- No hay diferenciación entre el Yo y el Yo que se obtiene a causa de identificación.
- No desea alimentarse debido a la regresión a la fase oral del desarrollo de la libido (deseo de devorar al objeto), una vez que el objeto se ha perdido.
- La persona es rígida y las carencias que tiene el Yo pueden transformarse en depresión obsesiva.
- Tendencia al suicidio, por la hostilidad hacia si mismo.

Karl Abraham (1912 - 1948, en Ajuriaguerra, 1986)

Comenta que "el efecto de la depresión se extiende tan grandemente por todas las formas de neurosis y psicosis, como el de la ansiedad. Ambos afectos se presentan frecuentemente juntos

o en sucesión en un mismo individuo, de esta manera, el individuo que sufre una neurosis de ansiedad, se ve sujeto a estados de depresión mental y el melancólico se queja de ansiedad.

Dicho autor dice que el duelo normal busca recuperar el objeto amado y perdido en su Yo, el factor constitucional que lleva es una fijación oral.

En la melancolía, en vez de restablecer la persona, se elimina al objeto como si fueran heces fecales, para después devorarlo e introyectarlo; se identifica y se venga de él.

Sandor Rado (1928, en Arieti, 1990)

Examina la situación infantil temprana, en la cual un conflicto depresivo posterior se desarrolla; se conceptualiza a las personas melancólicas como dependientes de otras para el mantenimiento de su autoestima, la cual es muy vulnerable.

Las personas deprimidas atan su devorado sadismo en los objetos amorosos y el gran sentido de injusticia experimentado cuando el objeto está perdido. Además señala que:

El periodo de depresión es una súplica de amor, producido por una pérdida real o imaginaria que pone en peligro la estabilidad emocional y material.

- Esta problemática emocional se desarrolla sin que el paciente se dé cuenta.
- El sujeto quiere autorrestaurar las fuentes que le provocaron cariño, seguridad, emoción, etc.

René Spitz (1966)

Describe la angustia del sexto mes en el niño como algo normal, la separación de la madre que había tenido cuidados hacia el bebé, un sustituto inadecuado o inexistente pueden provocar lo que autor denomina "depresión anaclítica", que es un síndrome de depresión aguda que se da en casas cuna y hospitales.

Se caracteriza por lloriqueo, los niños son exigentes durante el primer mes; al segundo mes el lloriqueo se cambia por gemidos, pérdida de peso, detención en el índice de desarrollo; en el tercer mes los niños no desean contacto alguno, yacen postrados en sus camitas la mayor parte del tiempo y se inicia el insomnio, la pérdida de peso, la tendencia a contraer enfermedades intercurrentes, se retrasa la motricidad, se inicia la rigidez

facial; si la depresión se prolonga varios meses, los síntomas anteriores se acentúan cada vez más.

Cuando esta privación es total, se le denomina "hospitalismo", los síntomas empeoran a partir de los cinco meses, siendo cada vez más fuertes e irreversibles, que inclusive pueden llevar a la muerte.

Melanie Klein (1990)

Describe la fase que sigue la posición paranoide o persecutoria como posición depresiva, durante la cual el niño reconoce al objeto en conjunto y no dividido, al percibir a la madre de esta manera, recuerda las experiencias gratificantes en el momento que la madre parece frustrarlo y viceversa; se da cuenta que él puede amar y odiar a la misma persona; ésta ambivalencia de sentimientos le provoca ansiedad, siendo el motivo principal la destrucción inconsciente del objeto que lo provee de satisfactores.

La experiencia de depresión constante e incluso de desesperación, provocan que el niño sienta que no podrá reparar lo que destruyó; para evitar estas sensaciones el Yo utiliza defensas maníacas y la reparación.

Otro acontecimiento que le causa depresión, es ver que la madre es un ente separado de él.

John Bowlby (1985 B)

Bowlby obtiene sus postulados después de investigaciones realizadas en guarderías, hospitales, orfanatorios y consultas privadas.

Describe las fases por las que un niño pasa cuando es separado de su madre, fases que tienen semejanzas con el proceso de duelo que un adulto tiene al perder un ser querido.

Cuando un niño de 6 meses es separado de su madre, con la cual mantenía una relación y conducta de vinculación, se presentan gradualmente tres tipos de comportamiento:

Protesta

El niño llora y trata de buscar a su madre, manifestando tristeza, rehusándose a vestirse o desvestirse, orinar en la bacinica, rechaza cualquier acercamiento, se aferra a los objetos

que lleva de su hogar y en ocasiones, muestra agresión hacia otros niños u objetos favoritos.

Desesperanza

Poco a poco deja de llorar, desea aún que su madre regrese, aunque va perdiendo la esperanza de encontrarse con ella.

Desapego

Si no vuelve la madre se produce un cambio en el niño, deja de reconocer a la madre; este cambio es proporcional al tiempo de ausencia de la misma.

Este deseo de recuperar al objeto perdido es lo que ayuda a elaborar el duelo, además de la información que el niño tiene acerca de la realidad de la separación: como era antes la relación en la familia, como era él, como será después de la pérdida.

Lo que propicia que no se dé un duelo de esta índole es la inhabilidad de poder expresar los reproches y el enojo al objeto que ha abandonado, así como el desear su retorno.

Margaret S. Mahler (1975)

Señala que lo que ocasiona perturbación en el desarrollo del niño, es la pérdida de objetos. Al existir una pérdida en la fase simbiótica, se observan conductas de pánico descritas como síndrome psicótico simbiótico.

En la etapa de separación-individuación, una separación o pérdida de objeto conlleva a una regresión a etapas más primitivas, o bien, se desarrollan rasgos de carácter como desviaciones psicopatológicas para el futuro adulto.

Dicho pesar se siente durante poco tiempo, ya que el Yo no puede mantener este sentimiento sin desembocar en forma rápida a la manifestación de un mecanismo defensivo como la negación o la represión.

El niño puede manifestar pesar y dolor a la pérdida en la fase de separación individuación, que es cuando el niño quiere recobrar al objeto.

Otto Fenichel (1989)

Los acontecimientos que le provocaron depresión, representa para el sujeto una pérdida de autoestima o de suministros que le ayudaran a asegurar o elevar la misma.

M. Wolfenstein (1966 - 1969, en Lazard, 1981)

Esta autora estudió a niños lactantes y preadolescentes que habían perdido a uno de sus padres en un periodo no mayor a 5 años.

Mostró que los niños manifiestan una hipercatexis del objeto, en lugar de descatectizarlo; todos entendían que existía una separación y tenían la esperanza de que regresaría, se trataba de mantener la presencia del padre en forma idealizada, por otro lado, manifestaban conductas agresivas hacia el exterior, sobre todo hacia el padre vivo.

Estos niños mostraban miedo debido al cúmulo de libido objetal que llega a ellos en forma intensiva y traumática. Menciona que los niños no pueden tener proceso de duelo sin haber pasado por el penoso y doloroso proceso de la adolescencia; ya que en esta

etapa no sabe porque está triste, no atribuye a sus pensamientos el recuerdo y la pérdida del padre, en relación con su infancia.

Furman (1964, en Lasard, 1981)

Postula que el duelo se puede dar entre los dos o tres años de edad, que es cuando el niño comprende el significado de la muerte.

Puntualiza las siguientes condiciones para que se pueda dar un duelo:

- Que exista diferenciación del "self" y las representaciones objetales en el mundo interno.
- Suficiente dominio del Yo y del Ello, para que el concepto de muerte pueda ser integrado en el Yo, más que ser utilizado para la descarga del Ello.
- Que pueda distinguir lo vivo de lo muerto, lo animado de lo inanimado.
- Habilidad y comprensión del tiempo.
- Pensamiento de tipo causal (causa y efecto de la muerte).

- Proceso secundario del pensamiento.

Numberto Nágera (1970)

Menciona que "el duelo y el proceso del mismo se realiza hasta que se da el desprendimiento de las figuras parentales en la adolescencia". Menciona que la muerte de uno de los padres puede interrumpir el desarrollo y crecimiento del niño.

Cuando hay fallas importantes en los objetos, el niño las recrea en su fantasía, les da vida y las idealiza disociando el sentimiento de agresividad hacia el sustituto, nuevas relaciones o hacia él mismo. Describe las reacciones que se presentan en los niños en diferentes edades:

El bebé recién nacido

La pérdida del objeto es experimentada como un cambio cuantitativo en el medio interno narcisista, ya que no existe diferencia entre el "self" y "objeto".

Se da cuenta de la pérdida por la percepción del cambio en la cualidad y experiencias sensoriales, como si el cambio se diera en el medio interno.

Pérdida después de la Segunda Mitad del Primer Año de Vida

La ansiedad que se presenta en el niño ante la depresión, se debe a la formación de catexia; él no puede mantener una relación tan fácil con una persona ajena.

La poca tolerancia al dolor y la frustración de un niño, hacen que no pueda manejar el duelo, presentan reacciones de negación a la pérdida y sentimiento de ambivalencia.

Pérdida después del Segundo o Tercer Año de Vida

El niño sabe que hay una persona que gratifica y satisface las necesidades, si la pierde, reacciona con ansiedad. El niño es independiente, nota el cambio cualitativo de experiencia sensorial pero asociada con un cambio de objetos, sabe diferenciar, discriminar la voz, el color de la piel, etc.

Pérdida del Objeto en la Latencia

Se dan las reacciones anteriores con ciertos cambios, según la historia de cada niño. A esta edad si sufren pérdidas, las manejan con defensas negativas, en varias ocasiones con formaciones reactivas, así como las fantasías.

Avelino González, (en Lizardi, 1981)

Menciona que el duelo es una reacción patológica, sólo se considera normal cuando no pierde contacto con la realidad, todas las funciones del Yo entran en acción (actividades, defensas, relaciones con los demás, etc.)

El dolor se genera por la pérdida del objeto y las partes que se proyectan en él; además de la lucha por deshacerse de los aspectos persecutorios del objeto perdido, y darse cuenta de que existen aspectos positivos y bondadosos, al liberarse de estos objetos negativos se realiza un duelo normal, de lo contrario, se daña al Yo predominando la culpa.

2.4.- Psicodinamia

El depresivo suele tener una personalidad obsesiva, rígida, formal, exigente consigo mismo. (Fenichel, 1989)

El niño que presenta melancolía sabe a quien perdió, pero no lo que él ha perdido de sí, el objeto es mal querido, el Yo se relaciona con él de un modo ambivalente, el odio y el amor luchan entre sí: el primero para desligar la libido del objeto y el segundo para evitarlo.

La libido no se puede desplazar hacia el objeto, se retrae sobre el Yo identificándose con el objeto abandonado, de tal manera que siente que ha perdido una parte de él, de ahí que su autoestima sea pobre.

El niño deprimido por su sentimiento de culpa, espera ser estrangulado antes de perder a sus padres; así que obedece y se esfuerza por mantener el amor de sus padres, cuando siente que no alcanza este objetivo, cree que es el responsable y piensa que no ha dado lo suficiente. (Mendels, 1972)

Cuando el niño es grande, sigue buscando tener la protección a cambio de asumir responsabilidades como el sostener a su familia, seguir una carrera o ser el mejor sólo por los padres; en ocasiones, cuando es joven esto ya no es suficiente para su familiares o amigos; ignora sus necesidades, se vuelve egoísta.

Existen otros medios que también le resultan viables para obtener el amor de sus padres: el parecer más infantil, más dependiente y con esto crea un sentimiento de protección hacia él.

Algunas veces el niño llega a sentir rencor, resentimiento, enojo, y es porque le exigen mucho y no le dan lo suficiente, provocándole ideas e impulsos sádicos que rara vez exterioriza, los sentimientos de culpa pueden ser más profundos y trata de disiparlos manteniéndolos fuera de su pensamiento, pero en sus sueños se hacen presentes. Cuando existe psicosis maniaco-depresiva, siente que es mejor aceptar a otras personas que a sus propios padres, aunque esto le resulta pesado y no satisface sus necesidades, confundiendo más. (Cordero, 1976)

El pequeño se deprime sin saber el porqué le afecta tanto la pérdida de personas, objetos o situaciones; pero en realidad lo que sucede, es que se siente así porque perdió satisfactores.

Hay niños que se dejan llevar por la depresión utilizando la droga o el alcohol; este aspecto es muy común en nuestro medio.

Cuando la depresión es leve, el niño no tiene una opinión tan negativa de sí mismo, trata de agregarle un aspecto positivo a la vida, reconoce sus carencias, su pereza, su indefensión o la responsabilidad que le causa por una pérdida sufrida, pero no se observa la autodenigración como en la depresión profunda.

El individuo siente desesperanza por no sentir placer por nada, siente que es superior y moralista ante los demás, que no puede adaptarse a la medida de alguien más.

El depresivo tiene incapacidad e inclusive, temor por obtener una gratificación, siente que es el centro de atención de los demás personas, trata de hacer todo lo posible por reflejar conductas moralistas, a pesar de ello, siente que si realiza alguna actividad negativamente lo criticarán o lo tacharán como un tonto; esto se presenta cuando los padres son severos y esperan una conducta modelo de sus hijos.

Siente que no tiene la capacidad de sentir placer, que es débil e indefenso, pero esto no resulta cierto cuando desea alcanzar logros como: obtener amor o aprobación.

El individuo reacciona ante situaciones que provocan agresión, acusándose a sí mismo, sintiéndose herido y tratando de disculpar a otro, siente que si exterioriza su molestia perderá al objeto que le da gratificaciones, o bien, porque tiene al objeto con un concepto idealizado.

Por último, cabe mencionar que cada característica de un depresivo, difiere de acuerdo a sus experiencias personales.

CAPITULO III

CAUSALES DE DEPRESION

CAPITULO III

CAUSALES DE DEPRESION

Este capítulo tiene como objetivo dar a conocer las causas psicológicas, biológicas, ambientales y sociales de la depresión.

3.1. Causas Psicológicas

Los niños se deprimen por diversas circunstancias que influyen en su personalidad tales como:

- Cuando se acumula la tensión sexual psíquica (Freud 1991).
- Cuando nace el hermano menor y se siente desplazado (Arieti 1990).
- Cuando existe ambivalencia hacia las personas que lo rodean, el amor está bloqueado por sentimientos de odio, los cuales se encuentran reprimidos. (Kolb, 1981).

- Si la rabia y el odio son más fuertes que el amor hacia el objeto de cariño. (Klein, 1979).
- Cuando el niño ha sido alimentado por la madre (pecho) y de pronto se enfrenta a la separación del pecho (destete), esto le provoca tristeza por la pérdida sufrida. (Rosenbluth, 1992).
- Cuando el niño se da cuenta que la madre que frustra y gratifica, son la misma persona. (Klein, 1979).
- Cuando la fase de separación-individuación no se realiza adecuadamente. (Mahler, 1975).
- El niño se deprime por la desaprobación y vergüenza que siente ante los demás por orinarse en los pantalones. (Wolff, 1977).
- Incapacidad para conseguir las provisiones vitales. (Bribing, en Jackson, 1989).
- Cuando se da cuenta que no es omnipotente. (Klein 1979).
- El fracaso que surge ante el complejo de Edipo. (Freud, 1991).

- Cuando siente que perderá cariño o algún otro satisfactor para él. (Ey, 1980).
- Si tiene éxito, esto le causa culpa porque cree que no merece tener ventajas ante los padres, y que éstos lo castigarán. (Mendels, 1972).
- Dañar al objeto introyectado con sustancias externas malas. (Klein, 1979).
- La pérdida del objeto, la ambivalencia y la regresión de la libido en el ego. (Freud, 1991).
- Cuando se está persiguiendo un objetivo, pero por alguna razón no es cumplido. (Arieti, 1990).
- Por dañar física o emocionalmente a alguna persona con la que está ligado. (Ey, 1980).
- Fracaso a la individualización. (Ajuriaguerra, 1986).
- Por la salida de una figura importante para el sujeto (por cualquier motivo, excepto la muerte), con la cual el niño ha establecido una relación de afecto que es terminada o interrumpida por diversas causas. (Paykel, 1969 en Doniz, y Montoya 1992).

- Los deseos incestuosos hacia sus padres o hermanos del sexo opuesto, contribuyen a que el niño sienta culpa. (Freud, 1991).
- Cuando tiene ideas o impulsos sádicos, prevalecen los sentimientos de culpa e indignidad. (Calderón, 1987).
- Cuando hay interdependencia excesiva, el niño siente que es desleal cuando él es dichoso y sus padres son infelices. (Aquilino, 1985).
- Cuando el niño está convencido de que no hay nada que hacer en un mundo frustrante. (Le Moal, 1976).
- Cuando tiene una visión negativa de sí mismo y se encargan de confirmarlo. (Le Moal, 1976).
- Ante la pérdida imaginaria o real de algo valioso para él. (Freud, 1991).
- Cuando tiene impulsos hostiles hacia los padres. (Calderón, 1987).
- En los niños que sufren dislexia, disgrafía o discalculia. (Domenech, 1989).

- Envidia del pene. (Abraham, 1911 en Fenichel, 1989).
- Cuando no son reconocidos sus méritos. (Arón, 1983).

3.2. Causales Sociales y Ambientales

Las personas que se encuentran conviviendo con el niño, así como los factores del ambiente, influyen en el desarrollo de la depresión, los motivos pueden ser:

- La separación de la madre o un sustituto a partir de los seis meses de vida provoca depresión en el niño, al sentirse un ser indefenso y abandonado. (Spitz, 1966).
- Cuando no se satisface su demanda de cariño. (Rado, 1927 en Jackson, 1989).
- Cuando la madre presiona al niño para que tome rápido la leche materna. (Casas, 1988).
- Ante las exigencias inadecuadas de los padres, que algunas veces quieren que el niño manifieste conductas que no son acordes a su edad. (Kolb, 1981).

- Cuando se castiga o maltrata al niño por alguna falta cometida, esto le provoca dificultad para relacionarse y conducta agresiva, además de depresión. (Polaino, 1985).
- Retirada del cariño durante la infancia. (Abraham, citado en Jackson, 1989).
- La muerte de la madre, padre, familiar cercano o una persona que estima. (Arieti, 1990).
- La pérdida de un ideal o algún objeto valioso para él. (Hall, 1986).
- Experiencias incontrolables, tanto traumáticas como positivas. (Seligman, en Jackson, 1989).
- Cuando se ha hospitalizado al niño o algún ser querido. (Wolff, 1977).
- Cuando es rechazado o desatendido. (Burgos, 1981).
- Al enterarse que le han mentido en algún aspecto de su vida. (Wolff, 1977).
- Ante la decepción que le provoca una persona amada. (Frias, 1992).

- Si la madre amamanta al niño bruscamente, agresivamente, o de tal manera que no sea placentero el alimento. (Klein, 1979).
- Cuando los niños se encuentran viviendo en casas cuna, orfanatos, conventos, asilos, hospicios, etc., de acuerdo a estudios realizados, estos niños presentan un alto índice de mortalidad, causado por la falta de estimulación afectiva y trato impersonal. (Bowlby, 1985 B)
- Si el niño ha sufrido abuso sexual. (Mendels, 1972).
- Transformación del rol que desempeña el sujeto. En ocasiones los padres a pesar de su corta edad responsabilizan al niño de sus hermanos. (Antonovsky y Kats, 1967).
- Porque es hijo de madre soltera. (Wolff, 1977).
- Si alguno de los padres ha sido encarcelado. (Frias, 1992).
- Cuando alguno de los padres está presente físicamente, pero ausente emocionalmente (padre periférico). (Bescos, 1988).
- Por haber presenciado cualquier tipo de agresión sexual (un intento de violación o violación). (Mc Laren y Brown, 1989).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- Por la falta de atención de parte de los padres, ya sea por motivo de trabajo o por negligencia. (Arón, 1983).
- Cuando la madre se embaraza. (Fenichel, 1989).
- El que muchas personas estén encargadas del cuidado del niño. (Winnicott, 1990).
- Por falta de alimentación, ropa, calzado, etc. (Glick, 1981).
- Cuando no son reconocidos sus méritos. (Arón, 1983).
- Encontrarse solo en un hospital, y más aún si se da cuenta de que los padres o doctores se muestran inquietos y preocupados. (Wolff, 1977).
- El divorcio (Frías, 1992).
- Las intervenciones quirúrgicas; en estudios realizados se encontró que los niños tenían pesadillas después de una operación o alguna otra situación dolorosa; esto se debe a que el niño interpreta estas actitudes como un castigo o provocación (Wolff, 1977).
- Familias desintegradas. (Le Moal, 1976).

- Cuando es hijo único. (Nissen, 1971, en Ajuriaguerra, 1986).
- Cuando hay una enfermedad crónica en algunos de los parientes. (Arieti, 1990).
- El desamparo social por pertenecer a un grupo minoritario (hijos de padres extranjeros, niños de color, menor inteligencia, etc.) (Mendels, 1972).
- Cuando hay cuatro o más hijos, esto se presenta principalmente en los niños que son "los de enmedio"; pero si tienen ambos padres es difícil que se presente. (Frias, 1992).
- Rasgos transmitidos de generación en generación. (Ostow, 1980).
- La religión que durante años ha sido una fuerza que mueve sociedades, es capaz de crear en el niño sentimientos de culpa. (Calderón, 1987).
- El ser descendiente de sobrevivientes de alguna guerra, ya que el niño padece el "síndrome de campo de concentración", que consiste en la identificación con la conducta autodestructiva de sus progenitores, provocando en él depresión y agresión que inhibe su crecimiento autónomo. (John Renner, 1973).

- Entrenamiento sanitario prematuro o estricto. (Mussen, Conger y Kagan, 1986).
- Un desastre natural: puede ser un terremoto, inundaciones, maremoto, etc. (Evarresr, 1985).
- Cuando uno de los padres está afectado mentalmente. (Hable, Blake, Cohen y colaboradores, 1954, en Doniz, 1992).
- La sobreprotección por parte de los padres, que impide el desarrollo de las capacidades autónomas del niño en todas las áreas. (Kolb, 1981).
- Cuando los padres desean un hijo de sexo distinto o es un niño no deseado. Inconscientemente existe un trato diferente y poco afectuoso. (Polaino, 1985).
- Si el niño es adoptado (Wolff, 1977).
- Encontrarse en un ambiente hogareño tensionado y poco afectivo. (Arón, 1983).
- Padres posesivos (Ostow, 1980).
- Cuando alguno de los padres es depresivo, ya que él se retrae, es irritable, crítico y dado a los castigos,

- acentuándose más cuando el niño internaliza al padre. (Kolb, 1981).
- Un incremento en la población. (Pfeffer, 1986).
 - Al introducirse una persona nueva o extraña en el campo social inmediato al sujeto. (Wheatley, 1990, en Doniz y Montoya, 1992).
 - Si existen peleas con los vecinos o familiares o si hay una rifa entre los padres, esto le produce al niño sentimientos de culpa, ya que siente que él es el causante de ella. (Frias, 1992).
 - Inestabilidad familiar, es decir, varias parejas del padre o la madre. (Wolff, 1977).
 - Contaminación del aire causado por sustancias dañinas, ya sea naturales o químicas (Calderón, 1987).
 - Familiar delincuente. (Wolff, 1977).
 - Problemas económicos en la familia. (Ey, 1980).
 - Si la familia tiene una autoridad desintegrada. (Arón, 1983).

- Problemas de alcoholismo, retraso mental o enfermedades mentales en uno o ambos padres. (Nissen, 1971 y Stadel, 1978, en Ajuriaguerra, 1986).
- Presenciar un accidente o asesinato. (Pfeffer, 1986).
- Actividades sociales inadecuadas (ser menos afortunado en adquirir y ejercer habilidades sociales), menor capacidad de refrenarse, emitir conductas sociales que se transforman en aversivas. (Wolff, 1977).
- Si alguno de los padres realiza comparaciones como que el niño es inferior a su hermano, primo o amigo. (Mendels, 1972).
- El ruido (más de 50 decibeles) provoca que un individuo normal tenga daños psicológicos y orgánicos. (Wolff, 1977).
- Padres rígidos o hipermoralistas. (Arón, 1983).
- Padres excesivamente crueles, autoritarios, arbitrarios y que ponen muchas imposiciones. (Poznasky y Zrull, en Ajuriaguerra, 1986).
- Si alguna persona que él quiere se deprime (Ajuriaguerra, 1986).

- El decorado del lugar en que se desenvuelve, ya que si hay colores oscuros o cuadros que muestran tristeza, pueden causarle depresión. (Pinel, citado en Jackson, 1989).

3.3.- Causales Biológicas

Los niños se deprimen por diversas circunstancias biológicas y físicas, tales como:

- Defectos físicos como: amputaciones, quemaduras, heridas, enfermedades cutáneas o incapacidades físicas. (Holand y Moss, 1987).
- Deficiencias nutricionales o vitamínicas. (Arieti, 1990).
- Ante enfermedades crónicas, debilitantes y dolorosas. (Kessell, 1989, en Aquilino, 1985).
- Factores hereditarios. (Jackson, 1989).
- Defecto mental como: síndrome de Down, parálisis cerebral, etc. (Ajurriaguerra, 1986).
- Inteligencia excepcional, en estos niños prevalece la soledad, ansiedad, confusión y tristeza por ser superdotados. (Domenech, 1989).

- Variedad de anomalías cerebro-endocrinas. (Ajurriaguerra, 1986).
- Irritaciones, anemias cerebrales, deficiencias de nutrición cerebral, agotamiento o deficiencias de energía nerviosa. (Jackson, 1989).
- Problemas de la glándula tiroides como: hipotiroidismo e hipertiroidismo, que tienen como síntoma la depresión y fatiga. (Gold, 1987).
- En la enfermedad de Addison, (caracterizada por la disminución arterial, acompañada de dolor lumbar, trastornos hepáticos y coloración bronceada de la piel con manchas pigmentarias); la corteza suprarrenal falla progresivamente, existen alteraciones mentales como somnolencia, insomnio y disminución intelectual así como un período de apatía, depresión, etc. (Gold, 1987).
- Infecciones o daños cerebrales (Kolb, 1981).
- Síndrome o enfermedad de Cushing, (se observa principalmente en mujeres jóvenes, y se caracteriza por la acumulación de grasa en la cara, cuello y tronco, hipertensión arterial e insuficiencia genital); es el resultado de una hiperactividad de la corteza suprarrenal, la depresión es el síntoma más

frecuente, así como la euforia, ansiedad y psicosis. (Gold, 1987).

- Malformaciones congénitas o adquiridas. (Domenach, 1989).

- El feocromocitoma es la aparición de pequeños tumores en la médula suprarrenal, generalmente benignos que secretan catecolaminas, el signo más importante es la alta presión sanguínea que puede ser permanente o producirse durante una crisis. (Gold, 1987).

- Enfermedad de Parkinson: caracterizada por un temblor especialmente acentuado en los dedos, rigidez muscular, piernas ligeramente flexionadas, brazos doblados, y un rostro inmóvil e inexpresivo, etc. (Ostow, 1980).

- Hipofunción generalizada de la hipófisis anterior; a menudo como resultado de tumores o alguna otra masa ocupante de espacio en el cerebro. (Quirasco, 1986).

- Acromegalia es cuando en los niños existe un exceso de hormonas que lleva al gigantismo, superando inclusive los dos metros de altura, suele acompañarse de alteraciones en la personalidad tales como: iniciativa reducida, espontaneidad y cambios de humor. (Gold, 1987).

- Hiperatremia es cuando la hipófisis libera vasopresina (hormona antidiurética) en exceso, los riñones reabsorben agua y la vuelven a la sangre, provocando depresiones alucinatorias. (Quirasco, 1986).
- Diabetes mellitis: algunos pacientes que sufren diabetes, han respondido a todos los criterios de depresión grave, esquizofrenia y trastornos de personalidad. (Gold, 1987).
- Convalecencia de enfermedades infecciosas de la gripe, así como hepatitis. (Ey, 1980).
- Hipoglucemia: puede provocar una conducta externa imposible de distinguirse de la esquizofrenia, depresión, demencia o ataques de ansiedad. (Gold, 1987).
- Epilepsia (Kolb 1981).
- Paratiroides: Cuando hay deficiencia de calcio se produce hipocalcemia, los pacientes entran en depresión, demencia y psicosis. (Ey, 1980).
- Reumatismo y trastornos gastrointestinales. (Calderón, 1987).
- El abuso de medicamentos. (Ostow, 1980).

- **Tumores cerebrales, encefalitis (Ey, 1980).**

- **Alteraciones del ritmo cardiaco, de secreción del cortisol, similar a la que presentan los adultos con depresión mayor. (Calderón, 1987).**

- **Aumento del metabolismo de sodio y potasio. (Mendels, 1972).**

- **Ser inválido. (Domenech, 1989).**

CAPITULO IV
PSICOTERAPIA

CAPITULO IV

PSICOTERAPIA

El tratamiento de la depresión ha preocupado a todos los estudiosos de este tema, debido a que es un problema que se ve reflejado en cualquier actividad a realizar.

En el tratamiento de la depresión en niños se ve involucrado el medio familiar y social que le rodean, ya que todas las conductas que se presentan tienen una gran influencia en el menor; el niño tiene la ventaja de que está en proceso de desarrollo, y su tratamiento es fácil y breve. (Calderón, 1987).

Es importante cerciorarse que ninguno de los familiares tiene problemas de depresión, si ese fuera el caso, hay que tratarlo con terapia o proporcionarle fármacos. (Calderón, 1987).

Hay que tener la seguridad de que los padres participarán cuando el psicólogo les de alguna indicación, de lo contrario, no se podrá avanzar en la terapia. (Polaino, 1985).

La farmacoterapia es recomendable cuando no se responde a la terapia y la manipulación del ambiente, ya que los medicamentos

reducen los sentimientos depresivos, de angustia y de culpa. Para la administración de los mismos, hay que cerciorarse de que no habrá efectos secundarios como: agitación, problemas de apetito, sueño, mareos, etc. (Ostow, 1980).

La terapia que se proporcione tendrá como función principal:

- Ofrecer al paciente la posibilidad de exteriorizar sus problemas y emociones, para que se sienta escuchado y comprendido, que alguien se interesa por lo que le sucede; para los niños pequeños la expresión oral resulta imposible por su edad, pero los conflictos que tengan se verán reflejados en la terapia de juego. (Aberastury, 1984).

- Permitir que exteriorice su enojo ante la frustración, así como decirle que todos los seres humanos pasan por esa situación y cometen errores. (Kolb, 1981).

- Que el niño se dé cuenta que tiene influencia sobre sus sentimientos y comportamiento, que junto con el terapeuta logrará cambios. (Seligman, en Jackson, 1989).

- No hay que consolarlo cuando está evadiendo responsabilidades como: estudiar, recoger sus cosas, etc., porque lo que finalmente busca es que alguien le resuelva sus problemas.

- Que establezca sus alcances y limitaciones para que controle su voracidad y sienta que tiene algo propio (análisis, atención del terapeuta), de esta manera disminuirá su sentimiento de culpa y devaluación.

- El análisis repetirá práctica y concretamente las interpretaciones pertinentes de lo que sucede en el inconsciente, para que lo asimile y comprenda. (Wolff, 1977).

- El terapeuta tiene que hacer sentir al niño que es bueno, que se sienta bien y que no es culpable de sentirse así conforme avanza la terapia, ya que de otro modo el niño se negará a ir. (Gold, 1987).

- Aumentar su autoestima. (Arteaga, en Burgos, 1981).

- La terapia debe tender a ser una experiencia de desarrollo, ya que el vínculo con el terapeuta va ligado a la realidad. (Arieti, 1990).

- La comprensión y aceptación del niño tal y como es, será un elemento muy significativo. (Polaino, 1985).

- Evitar que se sienta como una carga, evitar que aprenda un mundo rígido donde hay malos y buenos. (Burgos, 1981).

- Exploración de las causas de la depresión y lo que significa para el niño. (Calderón, 1987).

- Investigación de lo que el paciente ha perdido; una vez detectado, lograr que se adapte a esta situación. (Calderón, 1987).

- Cambiar la forma pesimista de pensar por un criterio más equilibrado, que le permita desarrollarse adecuadamente. (Arieti, 1990).

- La comprensión, apoyo, amor, cariño y aceptación del niño por parte de sus padres es un elemento significativo, además de apreciar sus capacidades (hay niños que pueden ser buenos futbolistas, dibujantes, tocar algún instrumento, etc.) (Duhrrsen, 1966).

- La terapia elimina o disminuye la fuente de frustración y ayuda a construir o realizar las áreas de gratificación y estima. (Ostow, 1980).

- El niño debe darse cuenta de sus distorsiones, tendencias a repetir el pasado y de la responsabilidad que tiene en el origen de sus problemas. (Henderson y Gillespie, 1927, en Jackson, 1989).

- El terapeuta debe enfrentarse con la resistencia tanto de la familia como del paciente. (Arieti, 1990).

- En pacientes que han llevado acabo un intento de suicidio, es conveniente la hospitalización para que pueda estar bajo vigilancia médica. (Ostow, 1980).

- Hay que ofrecerle sustento, esperanza y la posibilidad de ser aceptado sin importar las exigencias amenazantes, lo único que se le exige es que coopere en la investigación de las causas y poder eliminar sus efectos negativos. (Mendels, 1972).

- El terapeuta debe ayudar a encontrar cual es la pérdida del paciente, que puede ser: una cosa, acontecimientos, personas, valores simbólicos o concretos. (Calderón, 1987).

- Cuando la depresión es precipitada por la muerte de una persona dominante, hay que demostrarle al paciente que sí puede vivir por él mismo. (Kolb, 1981).

- Lograr que el paciente se dé cuenta de su tendencia psicodinámica, para que la evite. (Gold, 1987).

- Es conveniente hacerle notar que puede tener grandes logros y que es una persona creativa. (Gold, 1987).

- Hay que alentar al niño para que realice actividades que lo mantengan ocupado, ya que le ayuda a disminuir su depresión. (Meyer, en Jackson, 1989).

- Se le deben asignar tareas de responsabilidad, elaborando con él un programa de trabajo hasta que lo haga por sí mismo. (Wolff, 1977).

- El terapeuta debe hacer sentir al niño útil, inteligente y que no se identifique con sus sentimientos de indefensión e ineptitud. (Freud, 1989).

- Debe estimular su sentido de satisfacción cuando tiene un logro (mediante la interpretación y la transferencia), hay que motivarle a que ensaye nuevas formas de satisfacción, aunque para los demás no tenga importancia. (Jackson, 1989).

- Aliviar el sentimiento de soledad y culpabilidad. (Jackson, 1989).

- Es necesario que el paciente acepte el pasado sin rencor.

- En terapias para niños se utiliza el suceso simbólico, el cual ayuda a exteriorizar sus conflictos, además de la invitación a que practique comportamientos para definir lo que sucede en su alrededor. (Dührssen, 1966).

- El terapeuta debe ser tolerante, paciente, cariñoso y simpático para lograr la aprobación positiva del niño. (Mendels, 1972).

- Se tiene que disminuir la división entre objetos persecutorios e idealizados, esto es mitigado por el amor. (Klein, 1990).

CAPITULO V

METODOLOGIA

CAPITULO V**METODOLOGIA****5.1.- Problema**

¿Existe conocimiento sobre la depresión infantil por parte de los adultos que conviven con los niños?

5.2.- Hipótesis

H1.1.- Los profesionales que conviven con niños, así como sus padres, tienen un conocimiento adecuado de la depresión infantil.

H0.1.- Los profesionales que conviven con niños, así como sus padres, no tienen un conocimiento adecuado de la depresión infantil.

5.3.- Objetivos

5.3.1.- Objetivo General

Recopilar la información disponible sobre depresión infantil, así como investigar sobre el conocimiento que profesionales y padres de familia tienen al respecto.

5.3.2.- Objetivos Específicos

- Conocer los antecedentes psicoanalíticos de la depresión infantil.

- Definir los principales síntomas de la depresión infantil.

- Mencionar los aspectos psicodinámicos de la depresión.

- Especificar las causas de la depresión en los niños.

- Identificar las posibilidades de tratamiento psicoterapéutico para la depresión infantil.

- Investigar de manera general, los conocimientos de cuatro grupos de adultos que conviven con los niños: padres de familia, psicólogos, pediatras y maestros, sobre la depresión infantil.

- Comparar la información obtenida de los cuatro grupos.

5.4.- Población y Muestra

La población está constituida por adultos mexicanos que conviven con niños, con un nivel socioeconómico medio.

La muestra está integrada por cuatro grupos: psicólogos, pediatras, profesores de educación primaria y padres de familia.

Los sujetos seleccionados conviven cotidianamente con niños profesionalmente, a excepción de los padres de familia.

La edad promedio de los encuestados es de 27 años, siendo éstos hombres y mujeres profesionales de las carreras mencionadas (los padres de familia son contadores y administradores de empresas).

5.5.- Obtención de Datos

Para tal fin se realizó un cuestionario de cinco preguntas referentes a la depresión, con base en el marco teórico. (Anexo 1)

5.6.- Tipo de Investigación

La investigación es documental y de campo. Los documentos utilizados en esta tesis son escritos sobre la depresión en niños, desde el punto de vista psicoanalítico y de otras corrientes, en tanto que la investigación de campo se realizó mediante cuestionarios aplicados a cuatro tipo de profesionales, en un ambiente cotidiano.

5.7.- Nivel de Investigación

Es de tipo confirmatorio o explicativo (Pick, 1990), ya que la investigación de respuestas profundas a los Por qué, en este caso ¿Por qué se deprimen los niños? ¿Qué tanto conocen al respecto sus padres, pediatras, profesores y psicólogos?

5.8.- Diseño de Investigación

El estudio del presente trabajo es descriptivo o exploratorio, ya que tiene como objetivo la búsqueda de aquellos factores que afectan fenómenos sociales. (Padua, 1979).

Este tipo de estudio pretende investigar con precisión y profundidad de algún suceso y así confirmar o rechazar las hipótesis.

5.9.- Procedimientos

Se diseñó un cuestionario que investiga conocimientos generales de la depresión.

Una vez elegida la muestra, se aplicó el cuestionario y posteriormente se procesó la información.

5.10.- Análisis Estadístico

Se utilizó estadística no paramétrica, determinando la frecuencia con la que se presentaron las respuestas proporcionadas por la muestra.

La técnica utilizada para este estudio fue el porcentaje, éste se obtuvo de la multiplicación de cada categoría por 100 y dividiéndolo por el número total de casos.

CAPITULO VI
RESULTADOS

CAPITULO VI**RESULTADOS****6.1.- Presentación de Resultados**

Los resultados del cuestionario aplicado a los 4 grupos, se exponen a continuación:

PSICOLOGOS

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
<u>Pregunta No. 1</u>		
Disminución del estado afectivo y mínima capacidad de respuesta	3	18.75
Estado patológico	2	12.50
Sentimientos de minusvalía	2	12.50
Estado emocional	1	6.25
Sentimientos de abandono	1	6.25

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Baja actividad	1	6.25
Autorreproche	1	6.25
Sentimiento de culpa	1	6.25
Agresión volcada hacia sí mismo	1	6.25
Factores psicosomáticos que llevan a tener una mala concepción de sí mismo	1	6.25
Estado emocional ocasionado por una pérdida	1	6.25
Yo debilitado	1	6.25

Los resultados demuestran que la hipótesis alterna se acepta y se rechaza la hipótesis nula.

Pregunta No. 2

Desde el nacimiento	4	40.0
En la infancia	3	30.0
A partir de los 6 meses	2	20.0
De los 7 años en adelante	1	10.0

Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
<u>Pregunta No. 3</u>		
Falta de motivación	5	12.20
Pasividad y apatía	5	12.20
Bajo estado de ánimo	3	7.31
En su semblante	3	7.31
Baja autoestima	3	7.31
Síntomas (alteración del sueño o del apetito)	3	7.31
Por su posición corporal	2	4.88
Bajo rendimiento	2	4.88
Desarreglo	2	4.88
Falta de placer	2	4.88
En su forma de expresarse	1	2.44
Actitud	1	2.44
Falta de logros	1	2.44
Introversión	1	2.44
Autorreproche	1	2.44
Ansiedad	1	2.44

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Está fuera de la realidad	1	2.44
Cambio de rituales	1	2.44
Tristeza	1	2.44
Le disgusta el medio ambiente	1	2.44
Irritabilidad	1	2.44

La hipótesis alterna se acepta y la nula se rechaza

Pregunta No. 4

Pérdida	4	16.0
Enfermedades	4	16.0
Baja autoestima	3	12.0
Falta de cariño, atención y reconocimiento	3	12.0
Enojo	2	8.0
Sentimientos de culpa	2	8.0
Ansiedad	2	8.0
Problemas familiares y de pareja	2	8.0
Falta de identidad	1	4.0
Medicamentos	1	4.0

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Falta de metas	1	4.0

La hipótesis alterna se acepta y se rechaza la hipótesis nula

Pregunta No. 5

Psicoterapia	10	55.56
Medicamentos	7	38.89
Con el tiempo	1	5.55

Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula

PEDIATRAS

Pregunta No. 1

Trastorno emocional	7	43.75
Estado de tristeza	2	12.50
Trastorno de conducta	1	6.25
Angustia	1	6.25
Común en mujeres	1	6.25
Baja autoestima	1	6.25
Inactividad	1	6.25

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Frustración	1	6.25
No enfrenta la realidad	1	6.25
Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula		

Pregunta No. 2

Desde el nacimiento	4	40.0
Edad escolar	2	20.0
Adolescencia	2	20.0
35 Años	1	10.0
Año y medio	1	10.0

Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula

Pregunta No. 3

Síntomas físicos	5	20.0
Cambio de conducta	3	12.0
Estado de ánimo	3	12.0
Semblante triste	2	8.0
Desinterés	2	8.0

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Llanto	1	4.0
Autocrítica	1	4.0
Pesimismo	1	4.0
Sensibilidad	1	4.0
Negación a desprenderse de los padres	1	4.0
Inactivo	1	4.0
Desarreglo	1	4.0
Distracción	1	4.0
Agresividad	1	4.0
Aislamiento	1	4.0
Se acepta hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula		

Pregunta No. 4

Problemas familiares	5	23.81
Enfermedades	5	23.81
Problemas (No especificados)	3	14.29
Desempleo o problemas económicos	3	14.29
Medicamentos	1	4.76

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Ansiedad	1	4.76
Maltrato	1	4.76
Pérdida	1	4.76
Trastornos del carácter	1	4.76

Ante estas respuestas se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula

Pregunta No. 3

Psicoterapia	8	50.00
Medicamentos	7	43.75
Cariffo	1	6.25

Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula

MAESTROSPregunta No. 1

Tristeza	4	25.00
Falta de motivación	4	25.00
Decaimiento	2	12.50
Enfermedad	1	6.25

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Pensamientos negativos	1	6.25
Preocupación	1	6.25
Lo peor del mundo	1	6.25
Angustia	1	6.25
Problemas	1	6.25

Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula

Pregunta No. 2

Adolescencia	4	40.0
Después de los 45 años	2	20.0
Nacimiento	1	10.0
Preescolar	1	10.0
Etapa escolar	1	10.0
Después de los 20 años	1	10.0

Las respuestas nos indican que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna

Pregunta No. 3

Cambio de conducta	6	24.0
--------------------	---	------

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Seablante	4	16.0
Apatía	2	8.0
Tristeza	2	8.0
Angustia	2	8.0
Aislamiento	2	8.0
Falta de motivación	2	8.0
Desarreglo	1	4.0
Forma de expresarse	1	4.0
Síntomas	1	4.0
Decaimiento	1	4.0
Posición corporal	1	4.0

Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula

Pregunta No. 4

Problemas familiares y de pareja	7	29.16
Cambio de etapa vital	4	16.66
Enfermedad	3	12.50
Problemas (no especificados)	2	8.32

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Pérdidas	1	4.17
Susto	1	4.17
Problemas de identidad	1	4.17
Falta de ánimo	1	4.17
Suceso triste	1	4.17
Problemas de trabajo	1	4.17
Problemas con amigos	1	4.17
Desadaptación	1	4.17

Las respuestas de los maestros ante la pregunta 4 indican que la hipótesis alterna se acepta y la hipótesis nula se rechaza

Pregunta No. 5

Hechándole ganas	6	37.50
Psicoterapia	4	25.00
Hablar con alguien	4	25.00
Medicamentos	2	12.50

Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula en esta pregunta

R e s p u e s t a s Frecuencia Porcentajes

PADRES DE FAMILIA

Pregunta No. 1

Trastorno emocional	6	37.50
Tristeza	2	12.50
Falta de motivación	2	12.50
Shock	1	6.25
Estado de ánimo	1	6.25
Baja autoestima	1	6.25
Frustración	1	6.25
Preocupación	1	6.25
Cansancio	1	6.25

Las respuestas indican que la hipótesis alterna se acepta y la hipótesis nula se rechaza

Pregunta No. 2

Adolescencia	3	30.0
Nacimiento	3	30.0
Infancia y niñez	2	20.0

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Etapa escolar	1	10.0
Adultos	1	10.0

La hipótesis alterna se rechaza y la hipótesis nula se acepta

Pregunta No. 2

Tristeza	6	20.67
Cambio de conducta	3	10.33
Enfermedades	2	6.90
Cambio de estado de ánimo	2	6.90
Pasividad	2	6.90
En su semblante	2	6.90
Forma de expresarse	2	6.90
Pensativo, preocupado	2	6.90
Aislado	2	6.90
Apática	1	3.45
Callada	1	3.45
Pesimismo	1	3.45
Desarreglo	1	3.45

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Agresión	1	3.45
Problemas de comunicación	1	3.45

La hipótesis alterna se acepta y se rechaza la hipótesis nula

Pregunta No. 4

Problemas personales, de trabajo y económicos	9	31.03
Pérdida	5	17.24
Sentimentales	3	10.34
Malas noticias	2	6.89
Frustración	2	6.89
Tristeza	1	3.45
Insatisfacción física	1	3.45
Rechazo	1	3.45
Guerras	1	3.45
Enfermedades	1	3.45
Injusticias	1	3.45
Problemas familiares	1	3.45

<u>R e s p u e s t a s</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Temblores	1	3.45

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna

Pregunta No. 3

Psicoterapia	5	23.82
Tomarlo con tranquilidad y optimismo	4	19.05
Comunicación	3	14.29
Distracción	2	9.52
Risa	1	4.76
Religión	1	4.76
Cursos de motivación	1	4.76
Realizar actividades	1	4.76
Sacar la agresión	1	4.76
Con el tiempo	1	4.76
Medicamentos	1	4.76

Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula

6.2.- Análisis y discusión

Los resultados del cuestionario se dieron en el apartado anterior, en este subcapítulo se analiza la información obtenida, con base a los porcentajes más elevados.

Las respuestas ante la pregunta uno ¿Para usted, qué es la depresión?, se encuentran englobadas dentro de los siguientes puntos: una disminución del estado afectivo, minimización de la capacidad de respuesta (18.75%) en psicólogos; tristeza y falta de motivación obtuvo 25% en cada una de las respuestas emitidas por maestros; los pediatras y padres de familia la describen como un trastorno emocional sin especificar. el primer grupo tiene 43.75%, mientras que el segundo 37.50% en esta respuesta.

Las respuestas más utilizadas en los cuatro grupos son: trastorno emocional (20%); estado de tristeza (12.54%); falta de motivación (9.3%); baja autoestima, disminución del estado efectivo y mínima respuesta (4.7%); angustia y frustración (3.1%)

Los puntos no considerados por ninguno de los grupos son: un trastorno de entendimiento, donde hay desesperanza, miedo, sensación de sufrimiento, confusión, protesta, agresión no sólo hacia uno mismo, sino también hacia el exterior, ansiedad,

seguridad amenazada, cambio debido a alteraciones metabólicas y problemas vegetativos.

En general, la muestra tiene una idea general de lo que es la depresión, desgraciadamente, no existe una definición que ponga tanto énfasis en la sintomatología; de tal manera, que se dará una definición basada en las ya existentes: " Depresión es un estado emocional desagradable, que disminuye todas las habilidades físicas, biológicas y psicológicas ".

A la pregunta dos ¿A partir de qué etapa de la vida considera que puede presentarse la depresión?, el 40% de los psicólogos y pediatras hacen referencia a que ésta se inicia desde el nacimiento; el 40% de los maestros mencionan que durante la adolescencia, mientras que un 30% de los padres de familia aluden que surge en la adolescencia y un 30% más en el nacimiento.

De acuerdo a la totalidad de la muestra estudiada, el 30% considera que esta patología se da en el nacimiento; el 25% dice que durante la adolescencia; el 15% en la infancia; el 12.5% en la etapa escolar y el 10% durante la edad adulta, dentro del grupo de pediatras, una persona mencionó que a los 35 años, uno de los maestros que después de los 45 años.

El 30% de la muestra mencionan que desde el nacimiento se puede experimentar depresión, reflejan también un conocimiento escaso del inicio de esta patología; ya que el niño cuando nace, está protegido con una barrera contra estímulos que no permite que haya un contacto con el mundo exterior.

Solo el 15% de la muestra considera que es a partir de la infancia cuando puede surgir la depresión; el restante 45% de la muestra piensa que la depresión inicia entre las edades escolar y los 45 años, lo cual indica la negación de la depresión en niños pequeños.

Solo el 5% tiene el conocimiento de que el niño se puede deprimir a los seis meses aproximadamente, Spitz (1946) y Bowlby (1960) hablan de que a los seis meses el niño ya puede darse cuenta de la separación de la madre, y le produce angustia, desesperación y depresión; esto se da siempre y cuando exista una relación afectiva entre madre e hijo o entre el sustituto de la madre y el pequeño.

Mahler (1975) coincide con estos autores, y menciona que el niño de los 6 a los 13 meses aproximadamente, siente en demasía que la madre se aleje de él.

Ante la pregunta tres: ¿Cómo se daría cuenta que una persona está deprimida?, las respuestas más altas en maestros y pediatras, es que hay un cambio en la conducta (24%) y en el semblante (16%); los pediatras mencionan que existen síntomas físicos (20%), cambio de conducta (12%) y estado de ánimo (12%); los padres de familia responden que hay tristeza (20%) y cambio de conducta (10%); los psicólogos tienen sus puntajes altos en falta de motivación, pasividad y apatía, todos ellos con un parámetro del 20%

Las respuestas que se presentaron más frecuentemente en la muestra analizada son: cambio de conducta (10.4%), tristeza (9.5%), semblante (7.8%), apatía y pasividad (8.7%) y estado de ánimo (6.9%)

Los síntomas que no se mencionan y que resultan sobresalientes para la detección de la depresión son: trastornos de la memoria, atención, comprensión, inteligencia, problemas de lenguaje en la escuela, imaginación pobre, incapacidad de recibir y dar afecto, culpabilidad, inapetencia, insomnio, apatía, pérdida de peso, no tiene esperanzas de alcanzar un objetivo, menos confianza, ociosidad, confusión, inhibición, agresión, protesta, rabietas, temor de ser abandonado, pérdida de prestigio, remordimientos, bulimia, fantasías canibalísticas, sumisión, delirio de

persecución, ambivalencia, autocompasión, percibe un trato injusto por parte de los demás, autoprohibición, deseos escapistas, visión negativa de sí mismo, las actividades que realiza le parecen insuperables y aburridas, su voluntad se paraliza, pensamientos obsesivos, indecisión, disminución de motivación sexual, se preocupan por circunstancias que no valen la pena, poca adaptación, dificultades interpersonales, evasión de conflictos, condena hacia los demás, siente que las personas que lo rodean le fallan, se enoja cuando no aciertan a sus deseos, menosprecio de los demás, se siente no querido, síntomas somáticos (dolores abdominales, de cabeza, úlcera péptica, colon irritable, etc.), mareos, aumento de transpiración y sensaciones cutáneas anormales.

En casos graves, detención y retraso del índice de desarrollo, actividades de autodestrucción, siente que es malo y que matará a quienes le rodean, movilidad decreciente, rigidez facial; y en casos más severos la muerte.

La pregunta cuatro cuestiona sobre el conocimiento que se tiene sobre las causas de la depresión; las respuestas de más frecuencia en los pediatras son los problemas familiares y enfermedades (23.81%); para los psicólogos las causas más comunes son la pérdida y las enfermedades (16%) los maestros indican que son problemas familiares y de pareja (29.16%), así como el cambio

de una etapa del desarrollo a otra (16.66%); por último, los padres de familia afirman que son los problemas personales, de trabajo y económicos (31.03%), así como la pérdida (17.24%) influyen en la presentación de la depresión.

Las frecuencias más altas en los cuatros grupos son: problemas familiares, de pareja, personales, económicos, con amigos, etc. (13.6%) y pérdida (11.5%)

Las causas de la depresión además de las que se mencionan son en el bebé: el darse cuenta de que la madre es un ser totalmente diferente a él; que madre e hijo no conforman una persona, sino dos; la presión de tomar pronto la leche de la madre; el destete; otras son: orinarse en los pantalones; exigencias de los padres para que el niño manifieste conductas no acordes a su edad; el castigo; muerte de un ser querido; hospitalización del niño o de un ser amado; sentir que le han mentado; cuando ya no se siente omnipotente; si tiene éxito le causa culpa; abuso sexual; transformación del rol; por dañar a alguien; ser hijo de madre soltera; padres presentes físicamente, pero ausentes emocionalmente; el haber presenciado cualquier tipo de agresión sexual; al embarazarse la madre; falta de alimentación, ropa o calzado; deseos incestuosos hacia padres o hermanos; cuando tiene ideas o impulsos sádicos; interdependencia excesiva; impulsos hostiles hacia los padres; niños que sufren dislexia, disgrafia,

discalculia; al mudar sus primeros dientes; intervenciones quirúrgicas; pertenecer a un grupo minoritario; cuando hay 4 o más hijos; rasgos transmitidos de generación a generación; religión; ser descendiente de sobrevivientes de algún desastre natural; sobreprotección de los padres; ser un hijo de sexo diferente al deseado por los padres; ser un hijo no deseado; ambiente hogareño tenso; cuando alguno de los padres es depresivo; al introducirse nuevas personas en su medio; peleas; inestabilidad familiar; alteración en roles familiares; falta de autoridad; alcoholismo en los padres; actividades sociales inadecuadas; comparación con otra persona; derrumbe de un ideal; contaminación del aire; problemas de tránsito; ruido; padres rígidos, crueles; cuando se deprime alguien que él quiere; el decorado deprimente del lugar que habita; defectos físicos; enfermedades crónicas; defectos mentales; inteligencia excepcional; anomalías cerebro-endócrinas; problemas de tiroides; enfermedad de Addison; enfermedad de Cushing; hipofunción de la hipófisis; acromegalia; diabetes; hipoglucemia; paratiroides; reumatismo; trastornos gastrointestinales; infecciones; epilepsia; alteraciones en el ritmo cardíaco; malformaciones; ser inválido; etc.

Con base en las respuestas obtenidas; podemos apreciar que se tiene una idea muy general de las causas que provocan depresión: problemas familiares sin detallar que tipo de situaciones, tal vez porque ni siquiera lo saben; algunos padres y maestros dan

como causal la tristeza o falta de ánimo, siendo que estos son síntomas.

Una de las sugerencias es que las parejas decidan cuando tener un hijo, existen diferentes medios de contracepción; ya que un hijo no deseado desde el inicio comienza a ser rechazado, manifestándose en diversas formas, esto genera en el niño una sensación de minusvalía que lo lleva a deprimirse.

Cuando se tenga un hijo hay que estar consciente que la pareja (ambos) es la encargada de educarlo, respetarlo y sobre todo, amarlo, ya que ni la casa de cuna, la guardería o cualquier otra persona puede brindarle el cariño que él necesita.

Existen situaciones que motivan a que los padres se separen, pero hay que tener presente que padre y madre se divorcian, y no padres e hijos; algunas personas consideran que con el sólo hecho de que la madre esté presente, el niño sobrevivirá (se desarrollará en un ambiente sano), esto no es cierto, ya que para el niño el padre también forma parte de él y ocupa un lugar en su espacio; esto se acentúa cuando la relación es muy estrecha. Es importante que el niño conozca el motivo de esa separación, ya sea la causa de un divorcio o por fallecimiento; ya que el niño crea en su mente la fantasía de que es poco valioso, y que sus padres no lo aman.

Es conveniente que en caso de fallecimiento de alguno de los padres, se encuentre un sustituto adecuado, una persona que pueda realizar las funciones del padre o de la madre; esto disminuye su dolor y se da cuenta que tiene el apoyo de alguien, que no está solo en un mundo lleno de conflictos y cambios.

Algunas veces debido a la falta de un sustituto se recurre a las casas cuna u orfanatos, en tal caso, es necesario que existan suficientes empleados que brinden una atención adecuada a los niños, que los amen realmente, que tengan el tiempo suficiente para guiarlos, que los respeten, que no tengan problemas psicológicos graves.

Este último punto es muy importante, ya que aún los padres antes de decidir tener un hijo necesitan haber resuelto todos sus conflictos como pareja, de lo contrario, éstos se ven reflejados en los hijos.

Los padres deben aceptar al niño como es, las comparaciones no son acertadas; todos los niños son diferentes porque cada uno tiene habilidades, conocimientos y cualidades propias que hay que saber apreciar; apoyarlos para que desarrollen aquello que no tienen; "él sólo no lo logrará", no hay que exigirles más de lo que pueden ser.

Hay que brindarle al niño un lugar donde tenga tranquilidad, donde sienta que puede cometer errores y no por eso será juzgado, sino que será motivado a seguir insistiendo hasta que salga bien; donde pueda sentir que se le reprende por su bien y no porque el padre lo dice sin dar más razones; evitando los golpes o cualquier tipo de maltrato que empeore la situación y lo convierta en un niño rebelde.

Es difícil que dentro de nuestra sociedad exista toda la tranquilidad debido al medio ambiente (smog, tráfico, asaltos, violencia, etc.), sin embargo, con ayuda del terapeuta los padres pueden aprender a resolver esa problemática, de tal manera que no tendrá que sufrir las consecuencias de aquellos aspectos que él no originó; porque además de ello los padres pueden proyectar en el niño sus propias debilidades.

Si en la familia hay ya un niño, y la madre está embarazada, esto no quiere decir que el más grande no existe, hay que tomarlo en cuenta y hacerle sentir que ese embarazo le traerá bienestar, que tendrá con quien jugar, quien lo acompañe, además hay que amarlo y mirarlo como siempre, hacerlo participe del cuidado del bebé, respetando sus limitaciones para que se sienta más unido a él.

Los padres deben respetar su independencia, el niño es un ser diferente a la madre y el padre y como tal debe actuar; dejar que

descubra lo que le rodea por sí mismo (con ayuda de sus padres), que sienta que es responsable de lo que hace y que él tendrá que resolver los problemas que se le presenten (de acuerdo a su edad) y que tiene la capacidad de hacerlo.

De acuerdo a la pregunta cinco ¿De qué forma puede tratarse la depresión?, los porcentajes son los siguientes: los pediatras (50%); los psicólogos (55.56%) y los padres de familia (23.82%) opinan que es la psicoterapia, mientras que los maestros opinan que "echándole ganas" (37.50%)

Como se observa, la respuesta más común es la psicoterapia, con un 38% del total de la muestra, siguiendo a ésta la utilización de medicamentos con un 9.8% y "echándole ganas" con un 8.4%

Después de detectar que un niño sufre depresión, es necesario que los padres busquen ayuda terapéutica para ayudar al niño; desgraciadamente las sesiones de este tipo resultan muy caras, así que es recomendable que existan centros de salud que además de brindar este servicio en forma accesible, se encuentren actualizados sobre el tema, que en las escuelas existan psicólogos capacitados que puedan orientar y dar respuesta a las preguntas que los padres pudieran tener sobre este aspecto.

La psicoterapia es el método más indicado, ya que se obtienen resultados cuando existe una cooperación por parte de los padres; lleva al niño a reconocer lo que le pasa, a identificarlo y resolverlo, le proporciona seguridad, autoestima y aceptación de sí mismo.

De acuerdo a las respuestas proporcionadas, no es de gran importancia que el paciente deprimido se ría, porque esto implica negar el dolor, pero no resolverlo; hay propuestas de las personas encuestadas que dicen que sólo tienen un escape: tener una distracción, ya sea religión, cursos de manualidades, etc.

Esto tendría efecto tal vez en otras reacciones, pero en la depresión, que es algo tan profundo no se resuelve tan fácilmente, en casos no tan delicados puede formar parte de la terapia, pero por sí solo no da resultados, y si los da, sólo es momentáneamente.

De acuerdo a este estudio, se comprobó que no hay un conocimiento adecuado sobre la depresión en niños, que es necesario difundir la información existente para que las personas que conviven con niños conozcan de su existencia, de cómo se presenta y cómo podemos ayudar al niño que tiene esta patología; el desconocimiento hace que repitamos una y otra vez los mismos errores.

Un aspecto que llama la atención, es el hecho de que algunos pediatras y psicólogos no están bien informados; es necesario que las escuelas pongan énfasis en esto, ya que de la formación de cada profesional depende que se detecte a tiempo una depresión.

Los padres confían en las recomendaciones que puedan darles los profesionales antes señalados y, si ellos no reconocen esta patología, no podrán informar oportuna y positivamente a dichos padres.

Las personas que niegan la existencia de la depresión en niños, es porque ésta tiene que ver con el medio ambiente que prevalece y de las relaciones con ellos, de tal manera, que en ocasiones las personas precipitan el surgimiento de esta patología.

Es importante detectar la depresión a tiempo y afrontar la responsabilidad, de esta manera podremos tener hijos más sanos.

CONCLUSIONES

- 1.-Las investigaciones sobre la depresión en niños han sido muy limitadas.**
- 2.-Las causas de la depresión son diversas, existen razones psicológicas, ambientales, sociales y biológicas que generan esta patología.**
- 3.-La separación de la madre durante los primeros años de vida es grave, ya que además de producir depresión puede llevar al niño hacia la muerte.**
- 4.-Existen factores que precipitan la depresión, sin embargo, son inevitables, como un desastre o cuando el bebé se da cuenta de que es diferente a la madre, pero ella puede tranquilizarlo dándole cariño.**
- 5.-La edad en que se puede presentar la depresión es a partir de los seis meses de edad aproximadamente en adelante.**

6.-La depresión se ve manifestada por cambios psicológicos y físicos, que no se pueden generalizar a todos los niños, porque cada uno tiene diferente personalidad, por lo tanto, su problemática se ve reflejada de diversas maneras.

7.-Ante un niño deprimido, es importante asistir con el terapeuta, ya que él está capacitado para ayudar al niño a descubrir su problema; la terapia de juego es la más usual para determinar y resolver el problema, ya que el niño no puede manifestar abiertamente lo que piensa o siente.

8.-Los padres tienen una función importante en la terapia, ya que su apoyo y comprensión son muy significativos.

9.-Es precisa la utilización de medicamentos cuando esté en peligro la vida del niño.

10.-En la muestra estudiada, no existe un conocimiento adecuado de lo que es la depresión, y menos la depresión infantil.

- 11.-Sólo el 15% de la muestra estudiada señala una edad adecuada para el inicio de la depresión, el 30% lo plantea desde el nacimiento y el 45% entre la edad escolar y los 45 años de edad, lo cual refleja el desconocimiento y negación de la depresión en infantes.

- 12.-El reconocimiento de los síntomas depresivos es parcial y deficiente; la mayoría de los síntomas no fueron tomados en cuenta por la muestra.

- 13.-Los causales de la depresión son desconocidos en su mayoría, aunque los integrantes de la muestra tienen alguna noción, ésta es pobre e incompleta.

- 14.-En general, existe entre los psicólogos y pediatras una idea sobre el tratamiento, más no entre los padres y maestros que resumen en "tratar de hecharle ganas", sin especificar o "hablar con alguien", "tomarlo con optimismo", etc., lo cual refleja la falta de información que existe al respecto.

- 15.-La hipótesis nula se comprueba porque los profesionales que conviven con niños, así como sus padres, no tienen un conocimiento adecuado sobre la depresión infantil.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

El presente estudio abarca una muestra pequeña, tal vez hubiera sido necesario plantear las cinco preguntas a otros sectores de la población, para tener una idea más amplia sobre el conocimiento de esta patología. Constituye una limitación no haber explorado más aspectos de la depresión directamente con niños, sino que fue con los adultos que los rodean; sin embargo, es recomendable realizar más estudios con niños de diferentes edades, ya que los estudios existentes se enfocan a la etapa de lactancia.

Es necesario precisar cual es la causa más común de depresión con una población mayor, a qué edad se presenta con más frecuencia; qué tan susceptible es el niño pequeño a la depresión de la madre (qué es con quien tiene más contacto); si una ciudad con una población extensa tiende a tener más personas deprimidas que una zona rural. Sería interesante explorar si un niño con padre o madre sustituto, durante los primeros meses de vida, tenderá menos a sufrir depresión, que cuando se tiene padre sustituto a una edad mayor. Se podría realizar otro estudio para demostrar que la pérdida de la madre deja más huella en el niño que la ausencia del padre.

Este estudio deja antecedentes sobre lo que es la depresión infantil y puede servir de base para estudios más complejos.

BIBLIOGRAFIA

ABERASTURY, Arminda Teoría y Técnica del Psicoanálisis en Niños. Editorial Paidós, España, 1984.

AJURIAGUERRA, J. Manual de Psiquiatría Infantil. Editorial Masson, Barcelona, 1986.

ANTONOVSKY A. Y KATS R. 1967, The Life Cross History as a too Epidemia Logical Research. "Journal of Health and Social Behavior 8" 15-12.

AQUILINO, L. La Depresión. Editorial Martínez Roca, España, 1985.

ARIETI S. Y BEMPORAD J. Psicoterapia de la Depresión. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1990

ARON, S. (1983), Aprendizaje y Familia, su importancia en la Depresión. "Escuela de Psicología, Terapia Psicológica Vol. 2 (2). Pags. 56-61, Editorial Hidalgo.

BESCOB, S. (1988), Frequency Quality and Impact of Life Evertgin Self Rated Depressed. Behavioral, Problem and Normal Children. "Journal of Consulting and Clinical Psychology 64" (6) 863-864, Editorial Hidalgo.

BOWLBY, John La Separación Afectiva. Editorial Paidós, México, 1985 (A).

BOWLBY John Cuidado Maternal y Amor. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1985 (B).

BURGOS, Carmen (1981) "Depresión Mental en Niños", Los niños también se deprimen. "Cuadernos de Pedagogía No 74". Pags. 12-18, México 1981.

CALDERON, Narváez Guillermo Depresión. Causas. Manifestaciones y Tratamiento. Editorial Trillas, México 1987.

CANTWELL D.P. y CARLSON G.A. (1987) Trastornos Afectivos en al Infancia y Adolescencia. Editorial Martínez Roca, México.

CASAS, de Pereda Myrta (1988) El desamparo a propósito de la
Depresión en la Infancia. Revista uruguaya de Psicoanálisis
No 67, Pags. 55-65, Uruguay.

CORDERO, Jesús Psicoanálisis de la Culpabilidad. Editorial
Verbo, México 1976.

CYTRYM L. y MCNEW, P. (1972) Proposed Classification of
Childhood Depresión. American Journal of Psychiatric No 129
(2), Pags. 63-69.

DOMENECH (1989), Llabeng Edelmica, Detección de la Depresión
Infantil Psicopatológica. Universidad Autónoma de Barcelona.
Vol. 4, Pags. 165-169, Editorial Barcelona.

DONIS R y MONTOYA, M. Eventos Vitales que Constituyen
Factores de Riesgo en la Depresión Infantil. México, 1992.

DUHRSSSEN, Annemarie Psicoterapia de Niños y Adolescentes.
Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1966.

EY, Henry Tratado de Psiquiatría. Editorial Masson,
Barcelona, 1980.

EVARRESE, E. (1985) ¿Qué Ocurre Psicológicamente a un Individuo
que Queda Atrapado en las Ruinas? Periódico Novedades Sec C.,
Pags. 5-7.

FENICHEL, Otto Teoría Psicoanalítica de las Neurosis.
Editorial Paidós, Buenos Aires 1989.

FREUD, Anna El Psicoanálisis Infantil y la Clínica.
Editorial Paidós, Buenos Aires 1989.

FREUD, Sigmund Duelo y Melancolía. Editorial Amorroutu Tomo
XIV, México, 1971.

FREUD, Sigmund Esquema del Psicoanálisis. Editorial Paidós,
Buenos Aires, 1991.

- FRIAS, Dolores** (1992), Estructura Familiar y Depresión Infantil. Universidad Autónoma de Valencia, Anuario de psicología. Vol. 52 (1) Pags. 121-131, Barcelona.
- GLICK, K.** Marital and Family Theory. Grune y Bretton, New York, 1981.
- GOLD Mark S.** (1987), Buenas Noticias sobre la Depresión. Para Vivir Mejor. México.
- HALL Calvin S.** Compendio de Psicología Freudiana. Editorial Paidós, México 1986.
- HOLAND, Ch. y MOSS, R** (1987), Risk Resistance and Psychological Distress, a Longitudinal Analysis With Adults and Children. "Journal of Abnormal Psychology, 96" (1), Pag. 3.
- JACKSON, Stanley** Historia de la Melancolía y Depresión. Editorial Turner, México 1989.

KLEIM, Melanie Obras Completas. Editorial Paidós, México
1979.

KLEIM, Melanie Amor, Culpa y Reparación. Editorial Paidós,
México, 1990.

KOLB, Laurence Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial La
Prensa Médica Mexicana, México 1981.

LASARD, Patricia.- El Proceso de Duelo en la Infancia. Universo.
Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México,
1981.

LE Moal El Niño Excitado y Deprimido. Editorial Planeta,
México, 1976.

MACKINNON, R. y MICHELS R. Psiquiatría Clínica Aplicada.
Editorial Interamericana, 1973.

MAHLER, Margaret El Nacimiento Psicológico del Infante
Humano. Editorial Marymar, Buenos Aires, 1975.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales.
(DSM III). American Psychiatric Association, Ed. Masson,
Barcelona, 1988.

- MC Laren y BROWN (1989) Childhood Problems Associated With Abuse and Neglect Canada's Mental Health. 37 (3) pags. 1-6.
- MENDELS, Joseph La Depresión. Editorial Herder, 1972.
- MUSSEN, CONGER y KAGAN Aspectos Esenciales del Desarrollo de la Personalidad en el Niño. Editorial Trillas, México, 1986.
- MAGERA, E. (1970), Children's Reaction to the Death of Important Objets. Psychoanalytic Study of the Child. Pags. 360-398.
- OSTOW, Mortimar La Depresión. Editorial Alianza, México, 1980.
- PADUA, Jorge Técnicas de Investigación Aplicadas a Ciencias Sociales. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1979.
- PEREZ, De Francisco C. (1986) Depresión del Adulto (en J. Rodríguez,) Depresión. Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica y Facultad de Medicina, Fascículo V, Cap. 5.

PICK, Susan Cómo Investigar en Ciencias Sociales. Editorial Trillas, México 1990.

PFEPFER C. (1986) Suicidal Tendencies in Children and Adolescents. Medical Aspects of Human Sexuality 20 (2) Pags. 64-67.

POLAINO, Lorente La Depresión. Editorial Martínez Roca, Barcelona, 1985.

QUIRASCO, F. (1986), Diagnóstico. Nosología. "Depresión en la Práctica Médica"

ROSENBLUTH, Dina Su Bebé. Editorial Paidós, México, 1992.

SEGAL, Hanna Introducción a la Obra de Melanie Klein. Editorial Paidós, Buenos Aires 1992.

SPENSLEY, James (1975), Depresión, Ansiedad. Psicología No. (2), Pgs. 24-27.

SPITZ, Rene A. El Primer Año de Vida en el Niño. Editorial
Fondo de Cultura Económica, México, 1966.

WINNICOTT D.W. Los Bebés y sus Madres. Editorial Paidós,
México, 1990.

WOLFF, Sula Trastornos Psíquicos del Niño. Causas y
Tratamiento. Editorial Siglo Veintiuno, Madrid, 1977.

ANEXO 1

Pregunta 1

¿Para usted, qué es la depresión?

Pregunta 2

¿A partir de qué etapa de la vida considera que puede presentarse la depresión?

Pregunta 3

¿Cómo se daría cuenta que una persona está deprimida?

Pregunta 4

¿Cuáles son las causas que provocan la depresión?

Pregunta 5

¿De qué forma puede tratarse la depresión?