



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DETECCIÓN Y ATENCIÓN TEMPRANA DE LA DEPRESIÓN EN PREESCOLARES

TESINA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:
ZANAIDETH HITAI VARGAS NAJERA

DIRECTORA DE TESINA:
LIC. AÍDA ARACELI MENDOZA IBARROLA.



Facultad
de Psicología

MEXICO, D.F.

DICIEMBRE DE 2008



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 esta 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.

DEDICATORIA

Mis agradecimientos infinitos a Dios por darme la oportunidad de escribir esta investigación en un capítulo más de mi vida.

A mis padres por su gran apoyo para cumplir mis sueños y ese gran cariño que me dan día a día.

Y a todos aquellos que han creído en mí...

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO I

- 1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS
- 1.2. SIGMUND FREUD
- 1.3. MELANIE KLEIN
- 1.4. WINNICOTT

CAPITULO II

- 2.1. DESARROLLO DEL NIÑO PREESCOLAR

CAPITULO III

- 3.1. DX
- 3.2. TX
- 3.3. PREVENCIÓN

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

La depresión en niños ha sido reconocida a comienzos de los años setentas y fue relacionada con la pérdida o falta de la figura materna en los primeros años de vida. Al principio se creó una confusión en cuanto al término de depresión ya que era utilizado solo para un diagnóstico en pacientes adultos.

Hace años el bajo rendimiento o la dificultad en el aprendizaje en un alumno se explicaba de acuerdo a modelos domésticos, como que el alumno era vago, flojo, distraído o sin voluntad para el aprendizaje.

Se consideró importante tomar en cuenta el desarrollo cognitivo y emocional para reconocer la existencia de la depresión, sobre todo en la edad preescolar.

Los avances más recientes y notables sobre la depresión infantil apoyan incondicionalmente al diagnóstico y evaluación de la depresión desde una perspectiva multidimensional, tomando en cuenta criterios de acuerdo a la perspectiva clínica-conductual, psicopatológica, psicobiológica, neuroendocrina y psicofisiológica.

En la actualidad se dispone de dos formas diferentes de intervención terapéutica para el tratamiento de la depresión en la infancia y en la adolescencia: las terapias comportamental –cognitiva y la psicofármaco- terapia.

Este trabajo permite entender la depresión como una enfermedad que no solo se deriva de una perturbación del cerebro si no que involucra a todo el cuerpo. Así también se menciona que a pesar de diversos estudios que sugieren que su causa es biológica se ha encontrado que este trastorno del estado del ánimo es multicausal.

En esta investigación se pretende explicar el origen de la depresión infantil, su detección y atención temprana, ya que aun con el impacto que ha causado en la

sociedad muchos pacientes no reciben un diagnóstico y tratamiento adecuado. Es muy importante realizar un diagnóstico precoz y asertivo para que se de a tiempo un buen tratamiento antes de que la enfermedad avance y el paciente se sienta mas agobiado y cansado, así también se esperar una recuperación mas rápida y se evitara recaídas.

La intención es aumentar el interés por todos los factores patogénicos que causan el estado depresivo, como son: el abuso, el maltrato, el abandono, factores genéticos o biológicos que sufren los pequeños. Esto ayudará a aceptar una actitud preventiva y también a poder integrar a la depresión endógena y exógena para un mejor tratamiento.

Palabras clave: Depresión en preescolares

Depresión infantil

Diagnostico y tratamiento para la depresión Infantil

INTRODUCCION

La Depresión Infantil es una enfermedad clínica frecuente y seria, la cual se presenta en diferentes culturas y niveles socioeconómicos. Ha existido siempre y es muy probable que en el pasado no se diagnosticara con frecuencia ya que dudaban de su presencia por ser considerada un problema del desarrollo y que los infantes carecían de madurez para poder padecerla.

Actualmente dicha problemática se ha ido incrementando y forma parte de uno de los trastornos con mayor incidencia en Infantes. Si tenemos en cuenta que en México la población infantil representa el 34.1% de la población total. Y en el área metropolitana de la ciudad de México 528 476 niños de 0 a 4 años viven en hogares donde se da uno o varios tipos de maltrato; de éstos, 518 711 infantes viven entre violencia emocional; 77 544 de intimidación; 83 982 violencia física y 10 027 violencia sexual. Estos datos son verdaderamente alarmantes ya que estos factores sociales son de las principales causas del trastorno depresivo.

Existen diversas causas de la depresión como: problemas genéticos, temperamentales, factores neurológicos y endocrinos, problemas cognitivos, sucesos negativos en la vida, abuso, carencias afectivas y factores socioeconómicos.

Dicho trastorno puede presentarse como un grupo de síntomas clínicos como cambios de humor, somatizaciones que se disfrazan como enfermedades clínicas, bajo rendimiento escolar y como consecuencia fracasos escolares, conflictos familiares y finalmente en casos extremos crisis suicidas, estos síntomas afectan física y emocionalmente al niño.

Los problemas afectivos en niños pueden confundirse con diferentes tipos de problemas emocionales y conductuales como el comportamiento agresivo y la hiperactividad, que pueden reflejar una depresión.

El Diagnóstico debe ser pronto y preciso para que responda bien al tratamiento, evitar recaer en otro episodio o que este sea prolongado.

Un punto muy importante es la combinación de un tratamiento psicoterapéutico y médico realizado por un experto en problemas Psiquiátricos Infantiles.

Existen diversas opciones de tratamientos el Farmacológico como el uso de antidepresivos como la Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Fluvoxamina, las terapias alternativas como son acupuntura, yoga, etc y los tratamientos Psicológico como la terapia Cognitiva Conductual, Terapia de Juego, Apoyo familiar y tratamientos individuales o de grupo por la naturaleza de nuestra labor son a los que nos enfocaremos más.

MARCO TEORICO

La depresión infantil hace tiempo atrás no era considerada como un trastorno, es decir un niño no podía padecer depresión. Como comenta el Dr. Cesar Soutullo Esperón (2005) en el siguiente párrafo:

“Hasta hace relativamente poco tiempo los expertos dudaban de la existencia de la depresión en niños y adolescentes. Los libros y manuales de textos afirmaban que los niños no podían experimentar la sensación de depresión porque tenían una personalidad inmadura. Pero desde principios de los años 1970, y con más fuerza en los años 1980, se empezó a reconocer la presencia de síntomas depresivos en niños que acudían a las consultas de Psiquiatría infantil y adolescente. Desde los años 1980 se puede diagnosticar la depresión en niños usando los mismos criterios que en adultos”.

Sin embargo en los años 40as en los campos de la psicología científica, comenzaron a existir estudios relacionados con la depresión infantil, autores como Akerson (1942); Spitz (1945); Bowlby (1951), entre otros.

Según Cobo (1992), entre los profesionales de la infancia hay tres posturas ante la cuestión de la depresión:

1. Definitivamente que no existe
2. Que existe pero es diferente a la del adulto, por lo que no se puede detectar según los síntomas típicos; por ello se habla de equivalentes depresivos, es decir, de síntomas sin apariencia depresiva que son, sin embargo, manifestaciones de esa depresión especial que sería la infantil.
3. Existe y es básicamente parecida o igual a la del adulto.

A pesar de dichos comentarios a principios de los 60as Harlow (1961) observó, en los monos separados de sus madres, un comportamiento exactamente igual como el que habían señalado Spitz y Bowlby en los niños. El carácter experimental comparativo produjo un impacto en este tipo de hallazgos y así se

comenzó a tomar un poco más en serio la posibilidad de la existencia de la depresión en los niños, puesto que los monos parecían ser capaces de desarrollarlas.

“Pero realmente la aceptación de la existencia de la depresión infantil fue posible gracias al ascenso del paradigma cognitivo de los años sesenta, que permitía el estudio de los procesos interiorizados. Ya en el año 1975 la depresión infantil **(DI)** fue aceptada por el National Institute of Mental Health, como concepto y entidad psicopatológica.” Eduardo R. Hernández (2005).

Es muy importante comentar que en la infancia es muy común que se expresen sentimientos de tristeza o melancolía, lo cual es muy diferente a una depresión clínica.

La depresión es un trastorno de ánimo, que puede saltar a la vista de los psicólogos, pero la mayoría de las veces se tiene que descubrir. En ocasiones el diagnóstico puede ser subjetivo ya que puede confundirse con otros trastornos, por este motivo es necesario ser muy cuidadoso, objetivo y observar bien al paciente para llegar a un diagnóstico aceptado.

La clasificación de los estados depresivos ha causado polémicas y por lo mismo ha sido causa de muchas investigaciones, lo que permite el establecimiento de la diferenciación entre las formas reactiva y endógena, entendiéndose por depresión reactiva o exógena en la que hay factores ambientales y psicológicos desencadenantes evidentes.

Se entiende por depresión neurótica o distimia a las alteraciones crónicas del estado de ánimo, donde los niños y adolescentes muestran un estado deprimido o irritable, durante la mayor parte del tiempo, acompañada de poco apetito o voracidad, insomnio o hipersomnio, fatiga o falta de energía, baja autoestima, problemas de concentración, sentimientos de desesperanza y dificultad para tomar decisiones. Por lo regular la depresión neurótica no tiene un inicio bien especificado y avanza de forma crónica por lo cual es difícil su diagnóstico.

Según Mc. Curdy (Citado en Campos, 1971), el hecho de que no se diagnostique la depresión en la infancia no se debe a que esta no exista sino, a que se manifiesta en forma encubierta, debido a que los niños necesitan ocultar sus verdaderas emociones, la negación es uno de los mecanismos característicos empleados por los niños tanto a un nivel consciente como inconsciente, que contribuye a evitar la experiencia de los sentimientos depresivos.

En la clínica se ha comentado, que en su mayoría las depresiones infanto-juveniles son depresiones enmascaradas, y se caracterizan primordialmente por los trastornos del comportamiento o por los equivalentes somáticos de la depresión. Como señaló Nissen (1973) no se trataría de depresiones enmascaradas, concepto que ya implica una deformación adulto-fórmica, sino depresiones primarias. Lopez Ibor Aliño (1979), señala que el niño encuentra mas dificultad que el adulto para expresar verbalmente sus sentimientos, este problema en la comunicación afectiva justifica el predominio de los trastornos del humor a otros canales no verbales de comunicación, vegetativo o conductuales.

Después del análisis de las divergencias, en lo que a depresión infantil respecta, entre la observación clínica y la teoría analítica, Bemporat y Wilson (1978), concluyeron que: "No se trataría de preguntarse si en la infancia puede aparecer una depresión similar a la del adulto, sino, examinar como las limitaciones cognitivas y afectivas en diversos estadios del desarrollo modifican la expresión y experimentación de las emociones en general". Por lo que se debe de tomar en cuenta para la clasificación de los desordenes depresivos infantiles la teoría del desarrollo; debido a que los niños muestran capacidades, rasgos y etapas diferentes.

Malmquist (1971), presentó una clasificación de depresión infantil, estructurada a partir de factores etiológicos y niveles de desarrollo. El sistema de clasificación consta de cinco subgrupos principales, primero, las depresiones asociadas a las enfermedades orgánicas conocidas y segundo, aquellas que se describen como síndromes de privación o reacciones realistas a ambientes empobrecidos y no estimulantes. Los tres subgrupos restantes tienen en cuenta el nivel de

desarrollo; síndromes asociados a dificultades en la individuación, tipos propios de la latencia y tipos de adolescentes.

Cuadro I. Clasificación de depresión infantil de Malmquist (1997)

I. ASOCIADOS CON ENFERMEDADES ORGANICAS
II. SINDROME DE DEPRIVACION: Basado en reacciones realistas debido al empobrecimiento del medio ambiente.
III. SINDROMES ASOCIADOS CON DIFICULTADES EN LA INDIVIDUACION.
<p>IV. TIPOS EN EL PERIODO DE LATENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Asociados con pérdida de objeto. B) Frustración ante la situación de encontrarse con ideas inalcanzables. C) "Equivalentes Depresivos" (Depresión con afecto depresivo). <ul style="list-style-type: none"> 1.- Somatización (patrones hipocondríacos). 2.- Hiperquinesia. 3.- Acting out. 4.- Reacciones retardadas depresivas. <ul style="list-style-type: none"> a) Sentimientos de duelo posterior b) Reacciones secundarias a procesos de sobreidealización. c) Tomar modelos negativos 5.- Disturbios en la alimentación (obesidad). D) Estados maniaco- depresivos. E) Tipos caracterizados por la falla de efecto o impulso (generalmente anhedonia) F) Carácter compulsivo (compensación del cuadro depresivo).
<p>V TIPOS DE DEPRESION EN LA ADOLESCENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> A) Labilidad emocional en los procesos de desarrollo. B) Reacción reactiva a una pérdida actual. C) Pérdidas anteriores ("TRAUMA") ahora en conflicto con el ego. D) Depresión manifestada en acting out. E) Esquizofrenia con componentes afectivos predominantes.

Cytryn Leon y Mc. Curdy (1972) propusieron después de haber revisado la literatura y de acuerdo a su material de investigación que fenomenológicamente, la depresión en el período de latencia puede ser dividida en tres categorías que se basan, en las manifestaciones clínicas, los antecedentes familiares, la duración de la depresión, la historia premórbida y los factores precipitantes.

A.- Reacciones enmascaradas depresivas en la infancia. Los pequeños pueden manifestar los siguientes síntomas clínicos: Conducta agresiva, hiperactividad, enfermedades psicosomáticas, hipocondriasis, delincuencia y en muchas ocasiones puede detectarse la depresión solo con pruebas proyectivas.

B.- Reacciones agudas depresivas en la infancia. Aquí con frecuencia los menores tienen una historia de adecuadas relaciones previo al evento traumático que desencadenó la depresión la cual se puede diagnosticar por datos clínicos. ya que puede existir tristeza o melancolía, retraso psicomotor, ansiedad, bajo rendimiento académico y en su ambiente social, alteración en el sueño y en la alimentación, ideas suicidas que raramente llegan a intentos. Entre los miembros de la familia puede haber un cierto grado de patología, pero usualmente no la depresión.

C.- Reacciones crónicas depresivas en la infancia. Estas tienen una historia premórbida de mal ajuste social, ellos además han tenido periodos depresivos en el pasado. En su temprana infancia han existido múltiples experiencias traumáticas de separación. Además frecuentemente en sus familias existen pacientes con depresiones recurrentes.

Stack (1971), habla de depresiones en la infancia en lugar de considerar al fenómeno como una entidad única e intenta clasificar sus formas de la siguiente manera:

Grupo I Depresiones en niños preescolares:

- Hiperactividad
- Apatía
- Somatización

Grupo II Depresiones en niños escolares:

- Depresión simple
- Fobias u observaciones con reacciones depresivas
- Estados depresivos mixtos
- Depresiones asociadas con síndromes cerebrales orgánicos y estados psicóticos.

Mc. Conville y Cols. (1983), postularon tres tipos de depresión infantil: afectiva, de autoestima y con sentimientos de culpa. La primera clasificación se caracteriza por expresiones de tristeza, indefensión y desesperanza siendo mas frecuente entre los seis y ocho años de edad; el tipo de autoestima negativa, se caracteriza por sentimientos ideatorios acerca de la depresión, mas frecuentemente a partir de los ocho años de edad. Según dicho autor estos sentimientos ideatorios sobre la depresión son consecuencia de ideas fijas acerca de una autoimagen negativa, consideraba que este tipo de depresión era, en parte, resultado de experiencias directas y repetidas de pérdida; el tercer tipo de depresión con sentimientos de culpa, la encontró menos frecuente en su muestra. Los niños que pertenecían a este grupo se consideraban a si mismos mas negativamente y pensaban que estarían mejor muertos, bien por que deseaban reunirse con una persona fallecida, o bien por que se habían portado mal. En este tipo de depresión es considerada que un súper yo punitivo era el factor etiológico explicativo. Este tipo es mas frecuente en niños mayores de once años.

Existe la depresión en bebés, solo que se manifiesta de una forma diferente a lo que se entiende por depresión, los síntomas son apatía, ausencia de vivacidad, vitalidad, ausencia de estímulos afectivos y falta de apetito, los bebés no presentan una tristeza melancólica, que es un síntoma base en la depresión pero si podemos observar una falta de expresión facial y se observa su carita sin vida aun cuando no se ha esculpido en su totalidad un juicio sobre la vida. Esta depresión puede ser causada por una enfermedad orgánica sobre todo cuando esta se hace crónica, o condiciones desfavorables para el infante como una hospitalización y peor aun estando separado de la madre. “A este tipo de depresión los especialistas la llamaron depresión anaclítica que se podría producir en bebés entre los 8 y doce meses y los dos años” (Carlos 1992). Este tipo de depresión puede presentarse en infantes que son separados de la madre, por diferentes motivos, como madres que trabajan por muchas horas o infantes que sufren abandono y tienen que vivir en orfanatos o instituciones.

La depresión en un niño preescolar, es difícil de diagnosticar debido a la inmadurez de su personalidad y porque llega a confundirse con otros trastornos

ya mencionados anteriormente, sin embargo existe, según los especialistas esta se presenta si el niño ya ha adquirido la función psíquica de la tristeza. Esta expresión de tristeza se presenta cuando se ha obtenido la tristeza como un sentimiento. “El niño no posee la cualidad emocional de la tristeza desde que nace; la tristeza se genera como una entidad de la evolución, producto de una vida psíquica en un determinado momento de su complejidad emocional afectiva y relacional. Pensamos que la tristeza como sentimiento se origina en la edad preescolar como una revelación. Así pues en esas edades es difícil distinguir lo que es depresión de lo que es el nacimiento de la tristeza, de la pena, de la congoja, de la nostalgia, pesadumbre, toda una serie de matices de la vida afectiva que conllevan un acento pesaroso de la vida” (op.cit). Sin embargo en preescolares se puede dar la depresión si tomamos en cuenta las diferentes condiciones que la causan y observar casos clínicos de niños predispuestos ya sea por su condición biológica, hereditaria, detonantes de su vida, o el entorno en que se desarrolla para que se pueda producir o generar una depresión.

Además estudios realizados muestran que “Las mujeres por lo general, constituyen dos tercios del total de pacientes deprimidos bajo atención psiquiátrica, y también más o menos la misma proporción registran los estudios de comunidad, al menos en las áreas urbanas, aunque en este último caso el grado de certidumbre es apenas menor” (Brown G. W y T Harris, Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women, Londres 1978).

Este es un punto importante para corroborar que se presente la depresión en infantes y preescolares, ya que ellos pasan casi el total de su tiempo en convivencia directa con las madres, y si éstas padecen de depresión es muy probable que el menor sea influido por esos estados de ánimo depresivo. Además los pequeños pueden heredar algunos rasgos caracterológicos de sus padres, este rasgo también puede ser la depresión, Ana Freud dijo:

“Lo que sucede es que tales infantes alcanzan su sentimiento de unidad y armonía con la madre depresiva no mediante logros en el desarrollo sino a través de producir en ellos el estado de ánimo de la madre” (1965, p.87).

Esta identificación tiene que ver con las fantasías inconscientes de los padres, con los mensajes que ellos le transmiten al niño de maneras muy sutiles, de cómo ellos se representan a sí mismo y a la realidad. Las fantasías de los padres y sus conductas en la realidad, si perciben la vida como frustrante y hostil, o placentera y exitosa, determinan las formas inconscientes con las cuales el niño o niña se relaciona con su realidad. La cual será construida como fuera de control o manejable, es decir el niño se vera impotente o potente.

El psicoanálisis en niños ha contribuido a comprender mejor las primeras etapas de organización de su personalidad, por que se han emprendido curas llamadas precoces en niños de menos de cinco años, antes o durante el florecimiento de la evolución edípica.

“Sería muy difícil de explicar el interés suscitado por la depresión, sin apelar a las aportaciones realizadas por el psicoanálisis, cuyas influencias son predominantes en aquel contexto histórico y científico”. (E. Doménech y A. Polaino, 1988).

Así también dicha corriente es un método orientado que nos ayuda a comprender el pasado y las fuerzas que actúan a lo largo del desarrollo. El tratamiento en niños proporciona muchos elementos relacionados con las etapas de la vida psíquica.

Dentro de los estudios del Psicoanálisis se diferenció la ansiedad y la depresión, la primera es la anticipación de un peligro respecto a algo por venir y la segunda es la respuesta a la pérdida ya ocurrida de un objeto amado, ya sea una persona o algo que es adorado.

Freud en sus estudios sobre duelo y melancolía consideró que la depresión es la reacción a la pérdida de un objeto real o imaginario. Enfatizó que la insatisfacible carga de anhelo es un rasgo distintivo de la depresión. La carga de anhelo se refiere a que la pérdida de objeto es acompañada de la persistencia de un intenso deseo por él, y al mismo tiempo este deseo es irrealizable. El deseo puede consistir, entre otros, en deseos de apego (como la presencia física del objeto, compartir emociones con él, fusionarse con él), deseos de seguridad, o

con relación del bienestar del objeto, deseos narcisistas de omnipotencia, grandeza o identificación con el self ideal, deseos de la satisfacción de las pulsiones o de experimentar bajos niveles de tensión emocional o mental y física, o deseos de dominar los impulsos y de poseer control sobre la mente o el objeto, etc.

De la teoría de las Relaciones Objetales surgieron todas las variantes de toda la teoría de Melanie Klein. Su teoría se sostiene en una relación madre e hijo, basada en la existencia de un objeto real interno, el cual requiere la existencia de un objeto real externo. El mundo interno supone la presencia de pulsiones libidinales y agresivas (Eros y Thánatos) que requieren de representaciones para expresarse.

Las fantasías inconscientes son la expresión mental de los instintos y existen desde el comienzo de la vida, para cada impulso hay una fantasía. Todo acto instintivo es vivido como fantasía inconsciente; y esta puede pasar a ser un modo de defensa contra los impulsos. La fantasía considera que el impulso se satisface efectivamente, pero como defensa considera que dicho impulso es inhibido o controlado.

La función del yo es crear fantasía, y desde el nacimiento es capaz de crear relaciones objétales primitivas en la fantasía y en la realidad. El bebé desde el momento en que nace se tiene que enfrentar con el impacto de la realidad, que empieza con la experiencia del nacimiento mismo y prosigue con mas experiencias de frustración y gratificación de sus deseos. Estas experiencias gratificantes o frustrantes con la realidad influyen inmediatamente en la fantasía inconsciente que a su vez influyen en ellos.

De acuerdo a las posiciones esquizo-paranoides y depresiva la ansiedad del bebé se presenta en la primera. La realidad interna supone un mundo objetal y la realidad externa supone un mundo de personas y objetos. El niño ve objetos parciales en la madre, tanto positivos como negativos a la vez. El mundo interno supone la existencia de pulsiones libidinales y agresivas que requieren de ciertos

objetos mentales, es decir representaciones para ser expresadas. La forma en como se establece es la fantasía inconsciente. Las relaciones objétales son parciales en el primer año de vida; las relaciones de objeto dicen de una representación del otro cargado con afecto (con valencias positivas y negativas, es decir, amor y agresión).

La pulsión de muerte o tanatos y la precocidad del yo son componentes muy importantes. Melanie Klein supone que en los primeros seis meses de vida existe una actividad incipiente del yo, pero coexiste con un mecanismo de defensa básico para manejar ambas pulsiones. El bebé trae ambos elementos y entonces utiliza la escisión, un mecanismo de defensa que ayuda al yo a poner lo bueno y lo malo separado, es decir que, la escisión proyecta e introyecta. La madre refuerza la representación buena de esta manera el yo se hace más consistente de lo bueno cuando la madre no viene a reforzar los aspectos agresivos y paranoides. En el tiempo el bebé tiene que aprender a frustrarse, como también se fortalece el yo cuando las necesidades están satisfechas. A mayor frustración mayor escisión.

En la segunda etapa, (6 meses a los 2 años) se trata la relación del yo con el mundo, esta supone un yo mas estructurado y más global, el niño empieza a percibir que el objeto que ama y odia es el mismo y al mismo tiempo. Además se da cuenta que sus fantasías pueden haber destruido al objeto madre, se encuentra presente el instinto de muerte a nivel mental en el niño, así surge la capacidad de reparar el daño potencial que se establece en la fantasía. Es aquí donde el sentimiento o ansiedad característica es la depresiva y además se instala la culpa.

Cuando el bebé percibe a la madre como objeto total, cambia no solo su relación con ella, sino también su definición del mundo. Reconoce a las personas como seres individuales, separados y con relaciones entre sí; en especial advierte el importante vínculo que existe entre el padre y la madre, esto prepara el terreno para el complejo de Edipo. El niño se percibe ya como un ser independiente de la madre y no como parte de ella.

La proyección desfigura todas sus percepciones, y cuando se percata del vínculo libidinal que existe entre sus padres, el niño proyecta en ellos sus propios deseos libidinales y agresivos. Esta situación, en que percibe a sus padres en fin de sus propias proyecciones, le causa una intensa frustración, celos y envidia, ya que percibe a los padres dándose aquellas gratificaciones que el desea para sí. De modo que en la situación depresiva el bebé no solo se encuentra con un pecho y una madre interna destruida, sino también con la pareja parental interna destruida de la situación edípica temprana.

En el transcurso del desarrollo va a variar la elección del progenitor y variaran los fines libidinales y agresivos, tanto en la elección de objeto como en la importancia de la zona libidinal. Cuando el bebé se encuentra en la posición depresiva y siente que ha destruido omnipotentemente a su madre, su culpa y desesperación por haberla perdido le despiertan el deseo de restaurarla y recrearla para recuperarla externa e internamente.

Surgen los mismos deseos reparatorios en relación con otros objetos amados, tanto internos como externos. Los impulsos reparatorios hacen progresar la integración.

El conflicto entre amor y odio crece, y el amor se ocupa activamente tanto de controlar la destructividad como de reparar y restaurar el daño realizado, se basa la capacidad del yo para conservar el amor y las relaciones a través de conflictos y dificultades y la armonía de su mundo interno.

Las fantasías y actividades reparatorias resuelven las ansiedades de la posición depresiva. La repetición de experiencias de pérdida y recuperación, hace que gradualmente el objeto bueno se vaya acoplado al yo. Pues en la medida en que el yo ha restaurado y recreado internamente al objeto, éste le pertenece cada vez más.

Una parte importante de su reparación consiste en que el bebé debe aprender a renunciar al control omnipotente de su objeto y aceptarlo como realmente es. Así queda definido el concepto de *reparación* kleiniano.

Para finalizar los conceptos principales de la teoría de Melanie Klein, creo que es conveniente mencionar sus definiciones respecto a las distintas formas que toma el objeto (teoría de las relaciones objétales).

- *Objeto bueno:* Junto al objeto malo, son los primeros objetos pulsionales, parciales o totales, tal como aparecen en la vida de fantasía del niño. La cualidad de 'bueno' se le atribuye, no solamente por su carácter gratificador, sino sobretudo porque sobre él se proyectan las pulsiones libidinales del sujeto. Objetos buenos y malos se hallan sometidos a los procesos de introyección y proyección.
- *Objeto Malo:* La cualidad de 'malo' se le atribuye, no solamente por su carácter frustrante, sino sobre todo porque sobre ellos se proyectan las pulsiones destructivas del sujeto.
- *Objeto extraño:* Son el resultado de identificaciones proyectivas patológicas, en las que se percibe al objeto escindido en pequeños fragmentos, conteniendo cada uno una parte proyectada del Yo. A estos objetos extraños se los siente cargados de mucha hostilidad.
- *Objeto Ideal:* Es experimentado por el bebé durante la posición esquizo-paranoide como resultado de la escisión y de la negación de persecución. El bebe atribuye todas sus experiencias buenas, reales o fantaseadas, a este objeto ideal al que anhela poseer y con el que ansía identificarse.
- *Objetos Parciales:* Objetos característicos de la posición esquizo-paranoide. El primer objeto parcial que experimenta el bebé es el pecho. Pronto experimenta otros objetos parciales, ante todo, el pene. Objetos parciales son: el objeto ideal (pecho o pene), el objeto malo (o persecutorio), y el objeto bueno.
- *Objeto Total:* Se refieren a la percepción del otro como persona. La percepción de la madre como objeto total caracteriza la posición depresiva. El objeto total es lo opuesto tanto del objeto parcial como de los objetos escindidos en partes ideales y persecutorias. La ambivalencia y la culpa se experimentan en relación con objetos totales.

Winnicott señala que todo ser humano, por el simple hecho de serlo tiene una naturaleza común, una genética única y llega a ser protagonista o víctima de su propia historia. Estos datos son de importancia para el cuadro psiquiátrico aunque el detonante sea comprobablemente químico o hereditario.

Winnicott sostiene que el ser humano es capaz de desarrollar el sentimiento de culpa y preocupación por los otros, estos sentimientos son fundamentales para la investigación de la depresión ya que están relacionados con ella.

Dicho psicoanalista atendió a más de 60000 pacientes con sus respectivas madres de los cuales registro sus avatares acerca de su pasaje por la denominada posición depresiva, a continuación mencionaré los síntomas:

- 1) Se sentían uno
- 2) Estaban frente a una realidad, otra, que no obedecía a la omnipotencia mágica directa y absoluta.
- 3) Reconocían precariamente el objeto
- 4) Percibían su vínculo ambivalente con él. Y podían reconocer la intencionalidad agresiva que los animaba en los momentos excitados y que al principio formaba parte del impulso amoroso, quedando ahora separada de él.
- 5) Comienzan a reconocer su deuda con el objeto.
- 6) Pueden comenzar a preocuparse por las consecuencias de ese ataque en el objeto y en si mismos.
- 7) Pueden, desde su interior, poner en juego su potencial constructivo y hacer que nazca en ellos el primer gesto reparatorio.
- 8) Si la madre lo reconoce y valora, podrá a partir de allí confiar en su propia capacidad constructiva y en su propia bondad.

Winnicott no especificó fechas o etapas precisas, la primera razón es por que las etapas varían mucho de persona a persona; es decir el ser humano es diferente. Y la segunda razón se debe a que dichas etapas ya fueron planteadas por Melanie Klein, así que Winnicott consideró que el discutir fechas le quita el carácter de analizar lo esencial. Sin embargo aclara que para que la posición depresiva tenga lugar, deben ocurrir transformaciones múltiples en el niño, en la madre y el vínculo entre ambos.

DESARROLLO DEL PREESCOLAR

En Psicología se observan los procesos del funcionamiento del cuerpo humano, como el comportamiento motor, el aprendizaje, el lenguaje, la percepción y el área social y emotiva. En el área de psicología del desarrollo se estudian los cambios que ocurren en estos procesos.

Las teorías psicoanalíticas se enfocan primordialmente, en el desarrollo emocional del niño, pero han puesto poca atención en los aspectos cognoscitivos, perceptivos, lingüísticos o del desarrollo del comportamiento del niño. Dichas teorías consideran el proceso de desarrollo como una interacción activa entre las necesidades y las pulsiones con respecto al individuo y las fuerzas del medio ambiente, todo este proceso es bajo las normas sociales.

Dentro del Psicoanálisis se manejan cinco etapas de desarrollo psicosexual las cuales el niño atraviesa. Cada etapa define la forma de gratificación de cómo se satisfacen las necesidades instintivas del individuo. El nivel de madurez que logre el individuo depende de cómo el niño reacciona ante sus frustraciones que presenta el medio ambiente, con relación a gratificar las necesidades. A continuación se presentan las tres etapas que se presentan del nacimiento hasta los cinco años.

Etapa oral, esta se presenta de los 0 a los 2 años aquí la energía de la libido se dirige a la boca y a la parte alta del sistema digestivo del lactante. La madre es el objeto primario de gratificación ya que le proporciona al niño el alimento con el pecho o el biberón. Cuando se presenta el destete el niño manifiesta frustración y angustia por que le han quitado su fuente de gratificación. En la etapa anal esta etapa se presenta cuando el niño comienza a caminar, aquí la energía de la libido se encuentra en el área corporal anal; el niño experimenta gran placer al tener un autocontrol de su intestino y vejiga. En gran parte el placer se origina por la respuesta positiva de los padres, al mostrarse felices de que el niño ha adquirido esa habilidad. Sin embargo la práctica del entrenamiento del retrete puede causar estrés o angustia en el pequeño. La etapa fálica se presenta aproximadamente de los 3 a los 5 años, la energía de la libido esta localizada en el área genital. En

esta etapa el conflicto se manifiesta a pretender identificarse con el adulto del mismo sexo.

Otros psicoanalistas tomaron menos importancia al desarrollo psicosexual, como Erick Erikson, quien postula que los impulsos inherentes al individuo le permiten enfrentar conflictos en la vida. Erikson sostiene que la personalidad de un individuo es una reflexión sobre la forma como puede resolver cada conflicto. Sin embargo estos conflictos no siempre son resueltos y sugiere que la máxima capacidad para solucionar dichos conflictos se desarrolla durante diversas etapas; que son las siguientes con respecto al preescolar:

Edad	Conflicto
3- 4 años	Iniciativa vs. Culpabilidad (¿Puedo comenzar a actuar por mi mismo o debo hacer solo lo que los otros quieren que haga?)
Infancia media	Confianza vs. Desconfianza (¿Puedo hacer cosas bien o soy un fracaso?)

En la edad preescolar se espera que el niño autorregule sus impulsos y emociones; una tarea en la que tiene que modificar, contener y reorientar sus impulsos, aun cuando no este bajo la supervisión de adultos. Pero esto no quiere decir que no requiere de los consejos, apoyo y reforzamiento de los adultos, los pequeños tienen que seguir reglas y prohibiciones sin que los tutores intervengan. El niño tiene que interiorizar y reflexionar por si mismo las normas de conducta y de control conforme a las normas, incluso inhibiendo sus fuertes impulsos y deseos.

Así también conforme avanza en su desarrollo el niño comienza a protegerse de las influencias desorganizadas de sus propios deseos o sentimientos, es decir debe comenzar a decidir si algo es bueno o malo. Estos procesos protectores en psicoanálisis se les denominan defensas, las cuales conforman un sistema normativo, sin embargo pueden llegar a ser patológicas.

El preescolar tiene que aprender a modular su expresión emocional, postergando y aceptando sustituciones, sin ponerse agresivo o deprimido por la frustración. Se espera que haga frente a la situación que proviene de ambiente.

Otro aspecto de la evolución del control emocional se ha analizado bajo el nombre de dependencia. A pesar de que el niño depende de la ayuda de un adulto para realizar ciertas actividades, llega a mostrar independencia emocional, como cuando se aleja de la madre para asistir a la escuela. (Hartup, 1963, Maccoby, 1980; Sroufe et al., 1983). Comentan que aun cuando los niños preescolares muestran a menudo una dependencia instrumental (buscan ayuda en los problemas o las tareas que superan sus capacidades), se muestran mucho menos dependientes emocionalmente que los párvulos.

La dependencia emocional podríamos definirla como la capacidad de interactuar en el entorno sin la orientación, educación y atención de un adulto. Pero el preescolar sigue necesitando de los cuidados, no puede separarse de los padres. En la etapa preescolar el niño comienza a interesarse más por el área social. El niño que continuamente se refugia en los maestros o presenta conductas para recibir atención o elogios, se le denomina dependiente emocionalmente. Sin embargo los preescolares con un buen desempeño siguen dependiendo de los adultos, para compartir sus emociones, descubrimientos y disfrutar de este intercambio. Esta conducta fomenta el desarrollo de seguridad y una amplia relación con todo su entorno. "Cuando la necesidad de atención y contacto con el adulto interfiere el dominio, ese crecimiento emocional está comprometido", según consideran los teóricos (Sroufe et al. 1983; Urban, Carlson, Egeland y Sroufe, 1991).

En el desarrollo de la autosuficiencia del preescolar existen ciertos factores de apoyo que también provienen del desarrollo de su área cognitiva, incluyendo su capacidad de entender por medio de la comunicación o lenguaje, el niño debe comprender que tras un deseo sobreviene una demora, y habrá consecuencias negativas y positivas después de ciertos actos, estas acciones pueden causar molestias y satisfacciones a sus padres o a él mismo.

Otra capacidad que se desarrolla en los preescolares, es el desarrollo del juego de fantasía, por este medio los niños proyectan sus emociones proyectando todo lo que ocurre en su entorno, el juego dependerá de si su ambiente es hostil o placentero.

Por medio del juego los niños expresan sus sentimientos vitales dentro de un contexto controlado, y repetir sus experiencias en formas simbólicas variadas pueden penetrar a través del conflicto y los sentimientos dolorosos (Breger, 1974).

El juego es una herramienta de mucha ayuda en la capacidad de la regulación emocional. Estas capacidades de independencia, de utilizar sus propias defensas y de utilizar el juego como medio de expresión están muy relacionadas con el hecho de que el pequeño establece relaciones con otros niños.

Las relaciones adecuadas no solo implican el comprender las reglas, sino también de participar emocionalmente, encontrarle diversión y compartirla. La capacidad de comprender, sentir y responder a las emociones de otros y la capacidad de regular la tensión que se presentara en su medio ambiente. Esta relación entre iguales es de gran importancia en el desarrollo social del preescolar. Esta capacidad es un signo de la adaptación individual en esta etapa, me atrevo a decir que podemos pronosticar un buen desempeño en su niñez y vida adulta.

“Además, existe una coherencia notable con la organización de los diversos aspectos de la adaptación. El autocontrol flexible, la independencia emocional, la curiosidad, el juego vivo de la fantasía, la empatía y las relaciones eficientes y calidas con sus pares y con adultos tienden a ser concurrentes, también hay un patrón de la desadaptación”. (Eder y Magelsdorf; Magnusson y Torestad, 1993; Sroufe et al). Estos patrones de desadaptación quedarán representados en un extremo con los niños agresivos que no llevan a cabo un juego de fantasía vivo o social y en el otro por los niños dependientes, poco expresivos, en ambos extremos los pequeños reciben el rechazo por parte de sus compañeros de juego.

Aproximadamente en la etapa preescolar se comienza a observar el surgimiento de la personalidad así también la capacidad de autocontrol en la conducta y emociones, como lo menciona Koopp, et al. 1983. alrededor de la edad preescolar los niños exhiben un capacidad muy perfeccionada para dirigir y hasta para censurar su propia conducta.

También muestran un avance notable en la capacidad de inhibir acciones (Arend, 1983; Koopp et al. 1983). Un ejemplo de esta declaración sería la investigación de A. R Luria (1980) que pidió a unos niños que apretaran de un bulbo en la mano cuando apareciera una luz verde y que no lo apretaran cuando apareciera una luz roja. Los pequeños de dos años comprimían una y otras vez el bulbo con ambas luces pero los niños de unos cuatro años ya eran capaces de inhibir las respuestas a luz roja.

Otro ejemplo de la inhibición es que los pequeños de dos años ante la frustración en problemas manifiestan berrinches, pero un niño de unos tres años y medio su angustia disminuye de manera considerable y es probable que canalicen su angustia a una actividad como una alternativa.

Después de los dos años decaen las conductas obstinadas y poco o nada dóciles, se puede observar un mayor autocontrol y mejor relación con los padres, el niño comienza a utilizar la capacidad de negociación.

En la etapa preescolar comienzan a interiorizarse las normas de conducta. Hay un incremento notable en la capacidad de postergar y de obedecer en ausencia de la persona que lo cuida (Koopp et al. 1983). En dicha etapa el pequeño comienza a manifestar y entender el éxito y fracaso. Un experimento realizado por Stipek y colaboradores en 1992, encontraron que después de la etapa del párvulo respondieron diferencialmente mostrando mas placer ante sus propios éxitos.

Los preescolares muestran placer, orgullo y otras emociones cuando resuelven problemas que quizá el educador no resolvió, sobre todo mostrará mas placer si el problema era mas difícil que fácil.

Otra observación en esta etapa con respecto a la interiorización es que los preescolares no solo muestran preocupación ante los demás, también responden emocionalmente a las desgracias que ellos causan o presencian y buscan como repararlas.

Aun con tener conocimientos de las reglas pueden llegar a violarlas en ausencia de los padres, pero al regresar estos los pequeños pueden confesar la falta, es aquí donde aparece el yo moral.

Las normas interiorizadas pueden causar una reacción de culpa, no por lo que los padres digan o piensen sino por que la conducta es incorrecta. El niño esta presentando cambios cognitivos y sociales que tendrán consecuencias importantes en su vida emocional.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La detección temprana es muy importante ya que así será menos tiempo de tratamiento, menos secuelas y pocas probabilidades de recaídas.

CAUSAS DE LA DEPRESION

Aún no se conoce la causa exacta, única y bien definida de la depresión, aunque se sabe que tiene un origen biológico. La depresión no se debe a una mala educación, ni a padres con pocos o muchos recursos económicos, ni mucho menos a que se tiene una personalidad débil. También se aclara que no es culpa de los padres o del niño. Los genes que heredamos pueden predisponernos de padecer depresión, pero esta vulnerabilidad hacia la depresión por lo general suele activarse cuando la persona se enfrenta a acontecimientos vitales estresantes.

Los niños que tienen una mayor vulnerabilidad de padecer una depresión son aquellos que sufrieron una pérdida de un ser amado, problemas de conducta, de aprendizaje o atención, así también problemas de ansiedad. Es muy importante tomar en cuenta el historial de depresión en la familia, ya que este es un factor genético de riesgo para que el niño sufra depresión.

Después de lo que mencionamos podemos observar que es difícil establecer una causa etiológica específica para la mayoría de los casos llevándonos a tener poco éxito en esta búsqueda.

La investigación en la población infantil, nos ha llevado a la conclusión de que más que causas existen diversas variables, es decir los factores de riesgo etiológicos son multicausales.

FACTORES GENÉTICOS

Estudios en familias con figuras parentales depresivas nos muestran que los infantes y adolescentes miembros de estas familias muestran rasgos depresivos importantes por lo que se confirma la naturaleza familiar de los trastornos depresivos (Klein y cols., 2001; Kovacs y cols., 1997; Puig- Antich y cols., 1989). Los estudios sobre historia familiar y entrevistas a familias sugirieron que los trastornos depresivos son mas frecuentes en familiares adultos de niños y adolescentes deprimidos.

Estudios de alto riesgo hallaron de manera consistente que los descendientes de padres con trastornos del estado de ánimo presentaban tasas más altas de inicio de los mismos en la infancia y la adolescencia, en comparación con sujetos control (Angold y cols., 1987; Wissman y cols., 1997). Con estos estudios se comprueba que los padres y madres con depresión heredaran dicho trastorno a sus hijos.

Los estudios con gemelos son importantes por que si una enfermedad se transmite genéticamente será mas frecuente cuanto mas parecidos sean los genes de las dos personas. Lo anteriormente mencionado se demuestra en un estudio realizado con muestras de gemelos adolescentes confirmaban la existencia de mayores tasas de concordancia para los trastornos depresivos en gemelos monocigóticos que para los gemelos dicigóticos o hermanos no gemelos (p. ej., Eaves y cols., 1997). Estos datos también sugieren la presencia de un componente genético en la depresión infantil. Actualmente no se ha establecido de manera concluyente ninguna alteración genética específica que confiera un riesgo elevado de desarrollar depresión mayor unipolar en niños, adolescentes o adultos.

Temperamento

De acuerdo con las investigaciones del desarrollo infantil, el temperamento corresponde a un estilo constitucional heredado por el niño, y se puede decir que desempeña un papel de modulador de la interacción entre el organismo y el medio ambiente que lo rodea. Así también se observaron durante el primer año de vida, la actividad, la adaptabilidad al cambio, y a estímulos novedosos, la intensidad de respuesta a los acontecimientos ambientales y la perseverancia en

el afrontamiento de problemas, constituyen variables cuantificables mediante la observación, y se relacionan con el temperamento. Biederman y cols., (1993) comentan que la idea de que ciertos factores del temperamento infantil puedan predecir específicamente futuros diagnósticos psiquiátricos resulta sorprendente y ha recibido cierto apoyo, como algunos estudios que sugieren que podría asociarse un tipo particular de temperamento denominado inhibición conductual al desarrollo de trastornos de ansiedad en jóvenes. Sin embargo aun con estos estudios no existen pruebas específicas que nos demuestren vínculos específicos entre las diferencias temperamentales y el desarrollo de trastornos del estado de ánimo en niños.

FACTORES NEUROENDOCRINOS

Según los estudios de Angold y cols. (1999) las mujeres corren mas riesgos de sufrir cuadros depresivos, debido a los constantes cambios hormonales, sin embargo tanto hombres como mujeres sufren cambios hormonales durante la pubertad y adolescencia. El desarrollo psicológico y social entre niños y niñas es diferente, por lo tanto el desarrollo y los cambios neurohormonales, son factores de riesgo y también hay que añadir otros factores como los modelos de apego deteriorados, diferencias temperamentales y una mayor reactividad ante acontecimientos negativos de la vida que pueden actuar combinadamente.

Los estudios que examinaron otros factores endocrinos y su relación con la depresión en la infancia han obtenido resultados diversos. En general , las asociaciones descritas entre la hipersecreción de esteroides y los trastornos depresivos en pacientes en edad prepuberal o adolescentes han sido descartadas; algunos estudios (Emslie y cols., 1987; Wéller y cols., 1985) defienden la idea de que existe relación entre una desregulación en la secreción suprarrenal de cortisol y la depresión en la infancia, aunque otros estudios lo niegan (Birmaher y cols., 1992). Por otro lado se ha analizado el papel de la regulación de la hormona tiroidea en la etiología de la depresión en niños y adolescentes y sus resultados son muy diversos (Dorn y cols., 1997; Garcia y cols., 1991). Otros trabajos mas extensos han sugerido una asociación entre la

depresión infantil y la desregulación en la secreción de la hormona del crecimiento (Ryan y cols., 1994)

Estudios sobre neurotransmisores

Ciertos estudios han examinado el papel de los procesos neuroquímicos específicos en poblaciones infantiles. Las pruebas preliminares tanto de estudios que han utilizado marcadores periféricos de la función central catecolaminérgica, tales como niveles de serotonina en sangre (Hughes y cols., 1996) o los receptores de serotonina plaquetaria (Salle y cols., 1998), como los estudios neuroendocrinos con L-5 hidroxidotriptófano (Ryan y cols., 1992) o m-clorofenilpiperazina (Ghaziuddin y cols., 2000) indican que en submuestras de niños y adolescentes con depresión la función central serotoninérgica podría estar alterada. Como podemos observar estos estudios no son completamente seguros por lo tanto es necesario realizar más estudios del funcionamiento de neurotransmisores y de acuerdo a estadísticas poder demostrar que realmente si existe una relación del proceso de neurotransmisores con los cuadros de depresión infantil.

Anatomía del cerebro

Se han utilizado técnicas de neuroimagen tanto funcional como estructural en muestras infantiles, esta metodología ha intentado comprender los correlatos biológicos de los trastornos del estado del ánimo. Por ejemplo los adolescentes con depresión parecen presentar un volumen del lóbulo frontal reducido en comparación con sujetos sanos (Steingard y cols., 1996). Hay intentos recientes de estudiar la neuroanatomía funcional con técnicas de neuroimagen más novedosas. Una vez más podemos ver que son estudios poco extensos y que se necesitan más sustentos y estadísticas para que sean totalmente seguros.

Sueño

La alteración y fisiología del sueño han sido estudiados de distinta forma: como precursor, marcador biológico y síntoma de los estados de ánimo deprimido. Es de gran importancia llevar una higiene de sueño para mantener el cuerpo sano y un equilibrio.

“Las pruebas sugieren que una falta del sueño fisiológicamente necesario puede conducir a alteraciones del estado de ánimo y del rendimiento ejecutivo en jóvenes (Dahl, 1998)“.

FACTORES PSICOLOGICOS

Factores Cognitivos

Las teorías cognitivas postulan que una actitud o visión negativa o pesimista ante uno mismo, ante el mundo o el futuro, o un estilo atribucional negativo en un individuo, en el que los acontecimientos negativos de la vida, son entendidos como resultados de causas internas es decir que están relacionadas con uno mismo, este tipo de pensamiento desencadena el desarrollo del trastorno depresivo. Las publicaciones médicas defienden que la presencia de esas alteraciones cognitivas depresógenas en pacientes con depresión (Gotlib y Abramson, 1999) constituyen las bases para el uso de las terapias cognitivas.

Acontecimientos negativos en la vida

La experiencia de acontecimientos negativos se ha considerado como un factor precipitante o estresante. Dichos acontecimientos negativos que se han relacionado con los cuadros depresivos incluyen episodios de pérdida y fracaso en las conductas finalistas.

Los episodios de pérdida como la muerte de un ser amado o la ruptura de una relación de pareja, se han asociado al inicio de episodios de depresión mayor en niños y adolescentes (Monroe y cols., 1999). En relación con los preescolares hay que mencionar que el hecho de sufrir la separación con la madre le causa tremenda angustia y por consiguiente síntomas depresivos, y si ésta es definitiva

puede caer en un cuadro depresivo mayor. En los niños que se encuentran en orfanatos son visibles los síntomas depresivos como llanto constante, irritabilidad, expresión facial de tristeza y existe dificultad en sus capacidades para hacer actividades físicas y mentales por lo que también el área social se ve afectada.

La muerte por suicidio de un amigo, hermano o familiar conduce a un incremento de desarrollar depresión mayor o pensamientos suicidas en los 6 meses siguientes a dicho suicidio (Brent y cols., 1993^a, 1993c; Cerel y cols., 1999). Por otra parte las experiencias de fracaso, por ejemplo en el ámbito escolar o social, pueden interactuar con esquemas cognitivos acompañados de la predisposición que a la vez, induzcan o mantengan estados disfóricos (Lewinshon y cols., 2001).

Abuso infantil

El sufrimiento de abusos físicos y sexuales durante la infancia está relacionado con el incremento del riesgo de padecer depresión. Esta asociación ha sido sugerida de acuerdo a estudios realizados en niños y adultos, los cuales informaron retrospectivamente de sus recuerdos de la infancia (Roosa y cols., 1999) y también por estudios de evaluación de síntomas y diagnósticos psiquiátricos en jóvenes víctimas de abuso (Kaufman, 1991). El abuso físico y emocional es una fuente de estilos de atribuciones negativas, sobre todo si el maltrato es continuo el riesgo de que se presente el trastorno depresivo es mayor. El abuso podría corresponder a un correlato humano en la inducción del estado de desesperanza aprendida en niños expuestos.

Deficiencia en la regulación afectiva

Existen pocos estudios que hablen sobre la habilidad de regular estados afectivos en niños, debido a que es un campo de estudio muy complejo. Es de suponerse que los estudios

De la regulación afectiva tienen que tomar en cuenta el desarrollo del cerebro, así también las neurociencias en relación con la cognición y la afectividad. Y como bien sabemos en la actualidad existen muchas limitaciones en cuanto a la

investigación en esa temática debido a que los estudios sobre la estructura del cerebro en relación con las emociones y otras funciones del cuerpo, aun están incompletos o no se han concretado de forma precisa. Los modelos de conducta no solo deben considerar la descripción de los estados afectivos negativos de uno mismo, sino también la habilidad de los individuos para inducir y mantener estados afectivos positivos. Un estudio sugirió que los jóvenes deprimidos parecían menos capaces de poner fin a los estados afectivos negativos en el momento oportuno en comparación con grupos no deprimidos (Séller y cols., 2000).

Correlatos socioambientales

Pobreza

Se ha asociado a la depresión con la pobreza y un bajo estatus socioeconómico en las familias, lo cual incrementa el riesgo de problemas de salud mental en los cuales se incluyen trastornos emocionales serios. Sin embargo aunque se considere que este es un factor de riesgo no hay estudios específicos que comprueben esta relación.

Existen factores ambientales que inducen o facilitan el surgimiento de cuadros depresivos en niños.

PROBLEMAS QUE HAY QUE DESCARTAR ANTE UN NIÑO CON SINTOMAS DEPRESIVOS.

Ante un pequeño con síntomas de depresión, antes de hacer un diagnóstico de depresión, el médico debe descartar otras causas. Como si hay posibles infecciones que puedan aparentar una depresión, por ejemplo la gripe, la encefalitis, la endocarditis subaguda, la tuberculosis, la hepatitis, la neumonía y enfermedades de transmisión sexual como el SIDA, especialmente cuando afectan el sistema nervioso central.

Otras enfermedades neurológicas que pueden parecer un depresión son la epilepsia, la esclerosis múltiple y accidentes cerebrales vasculares.

Las enfermedades endocrinológicas que pueden causar síntomas depresivos son la diabetes, la enfermedad de Addison, las alteraciones de la tiroides como el hipertiroidismo (tiroides muy activo) y el hipotiroidismo (tiroides poco activo), el hiperparatiroidismo (glándula paratiroides muy activa), la enfermedad de Cushing y alteraciones de las hormonas secretadas en el cerebro por la hipófisis (hipopituitarismo).

Existen medicamentos que pueden provocar síntomas parecidos a un cuadro depresivo, como los barbitúricos (aunque ya casi no se usan), los antihipertensivos, los tranquilizantes de tipo benzodiazepina, los corticosteroides, los anticonceptivos hormonales, la cimetidina (sirve para la acidez del estómago), la aminofilina (para el asma), la clonidina, la digital (para las arritmias del corazón), y los diuréticos tipo tiazida (que a veces usan las chicas con anorexia y bulimia).

Drogas como el alcohol, la cocaína, las anfetaminas, los derivados del opio, y el cannabis pueden producir síntomas depresivos.

Las alteraciones en los electrolitos que se producen en un paciente deshidratado o con problemas de balance de agua y electrolitos pueden producir cuadros que parecen depresión en niños y adolescentes.

Problemas psiquiátricos: Desde el punto de vista de un psiquiatra, ante un niño con síntomas depresivos es importante descartar que haya episodios de manía, por que significaría que entonces se trata de un trastorno bipolar. Los pequeños con depresión deben diferenciarse también de los que tienen trastornos de ansiedad, ya que los síntomas son parecidos y en ocasiones pueden presentarse ambos problemas a la vez. Otros problemas que suelen acompañar a la depresión son los siguientes:

1. Trastornos de ansiedad, (trastorno de ansiedad por separación y fobias frecuentes en niños).
2. Pesadillas, terrores nocturnos y otros problemas de sueño como Dissomnias (Insomnio, narcolepsia y apnea del sueño) y Parasomnias (pesadillas, terrores nocturnos y sonambulismo).
3. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en niños y adolescentes.
4. Trastorno de ansiedad generalizada.
5. Trastorno de Estrés Postraumático (TSPT)
6. Abuso de alcohol y drogas.

Al evaluar al preescolar, el psicólogo o psiquiatra explora si hay problema en casa, en el colegio; historia de abuso físico, sexual y/o psicológico. Así también si el pequeño corre riesgos excesivos o tiene muchos accidentes si tiene dificultades con sus amigos, si tiene una mala imagen de si mismo o si ha amenazado con hacerse daño o suicidarse. Los padres deben de estar al pendiente de estos aspectos en sus hijos para detectar los problemas a tiempo. Por otra parte los docentes tienen un papel muy importante ya que pasan un buen tiempo con los preescolares y al observarlo pueden obtener mucha información de su comportamiento.

INSTRUMENTOS DIAGNOSTICOS

Los instrumentos que se utilizan para diagnosticar la presencia o ausencia del trastorno depresivo primeramente es la entrevista clínica con anamnesis profunda. Posteriormente se pueden realizar pruebas Psicométricas como las proyectivas, así también existen otras pruebas como el Cuestionario de entrevista diagnóstica para niños (Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC), fue desarrollado principalmente para su uso en investigación epidemiológica en varios trastornos de la niñez y adolescencia. Otros instrumentos son la Escala para trastornos afectivos y esquizofrenia en niños en edad escolar (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School – Aged Children, K-SADS), LA Escala de Hamilton para la depresión (Hamilton Rating Scale for Depresión, HAM-D), el Cuestionario de Beck para la depresión (Beck Depression Inventory,

BDI). Otros como la Escala de depresión en niños (Children's Depression Rating Scale) y el autoadministrado Cuestionario de depresión en niños (Children's Depression Inventory).

A continuación se mostrará una tabla donde se encuentran los criterios clínicos mas frecuentes en el diagnóstico de la depresión infantil, según diversos autores.

1. Generalizados del desarrollo F 64 CIE 10

Trastorno desintegrativo de la infancia F 84.3 CIE 10

- Desarrollo aparentemente normal hasta los 2 años, seguido por una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas.
- Se asocia a un comportamiento social anormal.
- Regresión o pérdida completa del lenguaje, de actividades lúdicas y de adaptación al medio.
- Con frecuencia con pérdida de control de esfínteres y mal control de movimientos.
- Pérdida de interés por el entorno, por manierismos motores, repetitivos, estereotipados pseudoautístico de la comunicación e interacción social.
- No hay daño cerebral; puede haber disfunción cerebral.
- La pérdida de capacidades puede recuperarse.
- El deterioro de socialización y comunicación son mas típicas de autismo.

Trastorno disocial depresivo F 92.0 CIE 10

Esta categoría diagnóstica requiere la combinación de rasgos de trastorno disocial de la infancia (F91,-) y de depresión persistente y marcada del estado del ánimo, puesta de manifiesto por síntomas tales como sentimientos excesivos de infelicidad, pérdida de interés y placer por las actividades habituales, reproches hacia sí mismo, desesperanza. También pueden estar presentes trastornos del sueño o del apetito.

Incluye: Trastorno disocial (F91.-) asociado a un trastorno depresivo (F30-f39).

2. Research Diagnostic Criteria (RCD; Spitzer y cols., 1978)

Síntomas

- Disforia y/o
- Creciente pérdida del gusto y cuatro (probable) o cinco (definitivo) de los siguientes criterios:
- Mal apetito o pérdida de peso o incremento de apetito o incremento de peso
- Dificultad con el sueño o dormir demasiado.
- Pérdida de energía o demasiada fatiga
- Pérdida del interés por el placer
- Autoreproches o culpa excesiva
- Disminución de la habilidad para pensar o concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Duración:

1 semana (probable)

2 semanas (definitivo)

2. Criterios de Poznanski (Poznanski, 1982)

Síntomas:

- Humor, conducta o apariencia depresiva y cuatro (probable) o cinco (definitivo) de los siguientes criterios:
- Aislamiento social
- Dificultades con el sueño
- Quejas de fatiga
- Hiperactividad
- Anhedonia
- Baja autoestima o gran sentimiento de culpa
- Dificultades en el trabajo escolar
- Ideas de suicidio

Duración mínima de los síntomas:

1 mes

3. Criterios Diagnósticos del DSM – III (A.P.A., 1980)

3.1 Major Depressive Episode Síntomas:

- Humor básico deprimido de forma persistente, cuatro o más entre los ocho ítems siguientes, o más en niños menores de seis años:
- Variación significativa en el apetito o peso

- Insomnio o hipersomnia
- Agitación psicomotora o hipoactividad (menores de seis años hiperactividad)
- Pérdida de interés para experimentar placer (menores de seis años: apatía)
- Pérdida de energía, cansancio
- Sentimiento de culpa excesiva
- Disminución de la concentración y de la capacidad de pensar
- Pensamientos recurrentes de muerte y de matarse. Ideación suicida.
- No evidencia de delirios, alucinaciones y conductas extravagantes
- Ausencia de síntomas esquizofrenicos, esquizofreniformes y paranoides, no debidos a alteraciones mentales orgánicas.

Duración mínima de los síntomas:

2 semanas

3.2 Dysthymic Disorder

Síntomas

- Durante los dos últimos años (niños y adolescentes: un año), presencia en la mayoría del tiempo de síntomas del síndrome depresivo que, por su menor severidad o duración, no se les puede considerar dentro del episodio depresivo mayor.
- Cuadro depresivo persistente o con períodos de humor normal durante días o semanas.
- Durante los periodos depresivos, presencia de al menos uno de los dos ítems siguientes:
 - Humor básico francamente deprimido
 - Pérdida de interés o de la capacidad de experimentar placer en todas o casi todas las actividades usuales.
- Durante los períodos depresivos, presencia de al menos uno de los dos ítems siguientes:
 - insomnio o hipersomnia
 - disminución de la energía o cansancio crónico
 - pérdida de autoestima y sentimientos de autodesprecio

- disminución del rendimiento en la escuela, en el trabajo o en la casa
 - disminución de la concentración y de la capacidad de pensar con claridad.
 - disminución de la sociabilidad
 - pérdida de interés y de la capacidad de experimentar placer
 - irritabilidad o excesivo mal humor (los niños lo expresan respecto de los padres y cuidadores)
 - incapacidad para sentirse contentos ante las alabanzas y recompensas
 - menos activo y hablador que de costumbre
 - pesimismo
 - lagrimas o llanto
 - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio
- Ausencia de síntomas psicóticos
 - Cuando el trastorno distímico se añade a una alteración mental preexistente, debe poderse distinguir claramente de esta, por su intensidad y efectos.

1. Criterios Diagnósticos del DSM – IV

Trastorno desintegrativo infantil [299.10]

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los diez años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

- (1) Lenguaje expresivo o receptivo
- (2) habilidades sociales o comportamiento adaptativo
- (3) Control intestinal o vesical
- (4) Juego
- (5) Habilidades motoras

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

(1) Alteración cualitativa de la interacción social (p, ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)

(2) Alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)

(3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.

D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

5. Criterios de Weinberg (Weinberg y cols., 1973)

Síntomas

Presencia de los dos síntomas siguientes:

- Humor disfórico (melancolía)
- Ideación Self-deprecatory Presencia de dos o mas de los ocho síntomas siguientes:

- Conductas agresivas (agitación)
- Perturbación del sueño
- Cambio en el rendimiento escolar (bajo rendimiento)
- Disminución de la socialización
- Cambio de actitud frente a la escuela
- Quejas somáticas
- Pérdida de la energía usual
- Cambios usuales en el apetito o en el peso

Duración:

De al menos 1 mes

6. Criterios de Fighner (Fighner y cols., 1972)

Síntomas:

- Humor disfórico

Cinco de los siguientes (para un diagnóstico definitivo) o cuatro de los siguientes (para un diagnóstico probable):

- Apetito escaso o pérdida de peso
- Dificultad para dormir
- Pérdida de energías
- Agitación o hipoactividad
- Pérdida de interés en las actividades usuales o relacionadas con el sexo
- Sentimientos de autocensura o culpa
- Quejas de una real disminución de la capacidad de pensar o de la capacidad para concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Duración:

La persistencia de los síntomas debe ser como mínimo de 1 mes

TRATAMIENTO PARA LA DEPRESION

A continuación se presentan los principales tratamientos de la depresión comenzando por el Farmacológico.

El tratamiento medico de la depresión en niños y adolescentes se lleva a cabo generalmente combinando el uso de la medicación y un tratamiento psicológico por un especialista en niños con problemas psiquiátricos. El psiquiatra lleva los aspectos médicos, y el psicólogo los aspectos emocionales del tratamiento.

A) Tratamiento a base de Fármacos o medicamentos:

Es normal que los padres se preocupen cuando se les recomienda un tratamiento medico para la depresión, aunque estén acostumbrados a utilizar otras medicinas en casa para infecciones, fiebres etc.; con mas riesgos que los antidepresivos.

Los antidepresivos son medicamentos seguros y eficaces en el tratamiento de la depresión. Su principal función es conseguir la remisión del episodio y la prevención de recaídas y recurrencias depresivas.

Los medicamentos antidepresivos mas utilizados en la actualidad son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Su efecto disminuye la velocidad a la que la serotonina se inactiva por lo que esta activa mas tiempo y así compensa el déficit relativo de la sustancia que existe en pacientes con depresión. Hay que aclarar que los antidepresivos no son drogas, no crean dependencia ni adicción, ni cambian la personalidad del niño. Tampoco producen una felicidad artificial, ni afectan a la capacidad de ponerse triste ante una situación triste. Cuando el medico lo considera, estos medicamentos son necesarios en niños con depresión igual que la insulina en niños con diabetes, o los inhaladores en pequeños con asma. Son sustancias seguras y no provocan daños en el cerebro, hígado, riñón u otro órgano.

El tratamiento de la depresión a base de medicamentos lo debe hacer un especialista, con medicación antidepresiva. El riesgo de tomar un antidepresivo

es mucho menor al riesgo de no tratar la depresión (bajo rendimiento escolar, problemas sociales, aislamiento y en casos severos suicidio). Los antidepresivos ISRS suelen tardar varias semanas en hacer efecto, y en ocasiones es necesario ajustar la dosis al cabo de un mes si no han mejorado por completo los síntomas. A veces tienen un efecto secundario ligero y breve, en especial al principio del tratamiento, como náuseas, ardor de estómago o sueño, aunque la mayoría de las veces los niños los toleran sin ningún efecto secundario.

Tipos de antidepresivos y mecanismos de acción.

Antidepresivos selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): Son un grupo de antidepresivos con estructura química diferente entre ellos pero con un efecto similar. Su mecanismo de acción es inhibir la recaptación de la serotonina. La serotonina es liberada de la neurona y actúa en el receptor en la siguiente neurona, una vez que hace su acción deja de actuar y se vuelve a meter en la neurona de donde ha sido liberada. Los ISRS impiden que la serotonina vuelva a meterse en la neurona y por lo tanto continua actuando. Esto hace que se compense en parte el déficit de serotonina que existe en la depresión.

Los ISRS que se encuentran disponibles son los siguientes:

1. Fluoxetina
2. Paroxetina
3. Sertralina
4. Fluvoxamina
5. Citalopram y escitalopram

Los ISRS se pueden y deben administrar una vez al día, y solamente dividir las dosis en caso de que no se tolere bien. Generalmente todos se toleran bien y los efectos secundarios son leves y transitorios. Suelen ser mas frecuentes al comenzar el tratamiento y mejoran cuando el niño lleva dos o tres semanas de tratamiento. Los efectos secundarios mas frecuentes son nauseas, sedación, estreñimiento, nerviosismo y cansancio en mas del 10% de los pacientes. La nausea ocurre mas frecuente con fluvoxamina. En el caso de la paroxetina si se interrumpe el tratamiento de golpe el niño puede tener síntomas como los que

tuvo al empezar el tratamiento, debido a que los niveles de paroxetina bajan muy rápido. Por este motivo es recomendable terminar gradualmente el tratamiento con paroxetina.

Los ISRS son fármacos muy seguros, y aunque se llegue a tomar una sobredosis es muy raro que ocurran problemas graves, Esto los diferencia de los antidepresivos tricíclicos, los cuales son muy peligrosos en una sobredosis por los efectos sobre el corazón y la sedación que provocan. Existen datos de seguridad y eficacia en niños sobre paroxetina, sertralina, fluoxetina y fluvoxamina.

Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina noradrenalina (IRSN):

Venlafaxina: Tiene un efecto mixto, ya que inhibe tanto la recaptación de serotonina como la de noradrenalina (IRSN). Tiene una seguridad similar a los ISRS. Los efectos secundarios más comunes son náuseas, sedación, insomnio, mareos, dolor de cabeza, boca seca y puede elevarse ligeramente la tensión arterial.

Antidepresivos inhibidores de la recaptación de noradrenalina.

Reboxetina: Inhibe la recaptación de noradrenalina y es eficaz en la depresión de adultos, pero no hay datos sobre su eficacia en niños.

Antidepresivos tricíclicos: Por sus efectos secundarios y así también en el corazón, son medicamentos de segunda o tercera línea: para usar cuando fallan otras posibilidades más seguras. Inhiben la recaptación de noradrenalina y dopamina. Los estudios hechos en adultos con depresión indicaron eficacia, pero no fue así en los estudios hechos en niños con depresión.

Otros antidepresivos:

Bupropion: Las limitaciones para el uso de este medicamento en niños son la gran cantidad de ISRS disponibles que se pueden utilizar mejor, el riesgo (aunque es bajo) de convulsiones, y el precio, ya que no lo cubre el Sistema Nacional de Salud.

Mirtazapina: Su efecto es diferente a los ISRS, por que en vez de bloquear la recaptación de serotonina aumenta la liberación de noradrenalina y serotonina, Además activa otros receptores como el de histamina, y bloquea otros de serotonina. Al aumentar la serotonina y la noradrenalina, bloquea, algunos receptores de serotonina que se concentran en los receptores no bloqueados, que son los eficaces en la depresión. Los efectos secundarios son la somnolencia y un aumento del apetito.

B) Terapias alternativas

En la actualidad se tiene un gran interés en las terapias y medicinas alternativas, eso nos abre un mejor panorama en la salud mental en distintas maneras: como prevenir enfermedades o trastornos la prevalencia de una vida saludable, pero sobre todo de vivir con una sensación de paz y tranquilidad interior, lo cual sería una forma de prevenir los estados de ánimo depresivos o incluso una incidencia en la recuperación de la depresión.

En nuestros días ocurre un fenómeno curioso, ya que antes los médicos y psicólogos se negaban a utilizar técnicas o medicinas alternativas, sobre todo aquellos de procedencia oriental, ya que los consideraban mágicos. A pesar de la rigidez de los profesionales de la salud se ha aceptado mas las formas de tratamiento alternativo. Debido a que se ha avanzado mas en la ciencia de la psicología y medicina, esto provoco en los profesionales que asimilen lo que antes era alternativo, los profesionales de la salud se han convertido más humanos, tolerantes y humildes, en comparación con tiempos pasados que eran más rígidos. Sin embargo los terapeutas alternativos son mas rígidos y en pocas ocasiones o mas bien solo algunos están de acuerdo de acudir con un psicólogo o médico a la par de su tratamiento como un complemento. Esto se debe a que los terapeutas alternativos no están de acuerdo con la cirugía y la farmacología.

En seguida se hablará de algunos métodos alternativos, y antes de hacerlo me gustaría comentar que antes de querer desechar alguna técnica terapéutica hay que conocerla y encontrarle algo positivo que nos ayude al tratamiento, pues si la descartamos sin conocerla bien, hablaría de ser mal terapeuta.

Acupuntura

Es un excelente método para propiciar un buen estado de tensión física y mental, así que puede ser un buen método complementario al tratamiento de cualquier depresión.

Taichi- Chi- Kuan

Es un ejercicio suave y armónico que favorece la recuperación de la integridad cuerpo-mente, lo que es muy recomendable para pacientes con depresión, dado que se tiende a disminuir la sensibilidad corporal y la persona se mentaliza demasiado.

Yoga

La palabra yoga significa "unión" y se deriva del sánscrito yug, que significa unir y lo que une es la conciencia individual con la conciencia universal. En términos prácticos, lo que hace es que armoniza el cuerpo, la mente y las emociones. Permite que las diferentes funciones del cuerpo se coordinen para que trabajen por el bienestar integral del cuerpo.

"Yoga no es un mito antiguo enterrado en el olvido. Es la herencia más valiosa del presente. Es una necesidad esencial del hoy y de la cultura del mañana".
"Swami Satyananda Saraswati".

El sistema clásico del yoga, fue compilado por *Patanjali* en lo que se conoce como los *Yoga Sutras*, basados en las tradiciones antiguas de los Vedas, hace 5000 años en India.

Llamada "Raja Yoga" o el Yoga de la Realeza, el yoga clásico cubre las prácticas completas, desde asana (posturas físicas) y pranayama (ejercicios de respiración), hasta el mantra (el yoga del sonido) y las distintas variaciones de la meditación.

Este Yoga integral tiene que ver con todos los aspectos de nuestra naturaleza, desde el cuerpo hasta el alma y muchos métodos de sanación, desde alimentación hasta meditación.

De acuerdo a Patanjali:

"Yoga es el control total de las operaciones de la mente"

Estas operaciones de la mente, llamadas vrttis, constituyen todas nuestras actividades mentales, desde las más profundas grabadas en nuestra memoria subconciente, hasta las actividades más altas supraconcientes. El control al que se refiere Patanjali, no se refiere al control en el sentido ordinario, pero a una maestría de todos los niveles de conciencia, incluso los más sutiles aun no conocidos por la psicología moderna.

Sólo a través de ese control de la mente puede emerger nuestro ser verdadero que es el último objetivo de la práctica yoguica. La mente silenciosa se convierte en un espejo que revela nuestro verdadero ser, cuya naturaleza es conciencia pura.

Este es el estado de liberación en donde trascendemos el tiempo y el espacio para entrar en la existencia eterna e infinita. Sin embargo, para poder tener este control de la mente es necesario tener una maestría sobre el cuerpo, los sentidos, el prana (energía vital), así como de los aspectos de nuestra vida social y personal.

Por esta razón, el Yoga no rechaza factores comunes de alimentación y enfatiza la importancia del Ayurveda (Sistema de Medicina Tradicional de la India, basado en la alimentación, rutina diaria y herbolaria).

Homeopatía

Es realmente un tipo de medicina alternativa, cuyos efectos son físicos y probadamente benéficos, sería ideal usarla simultáneamente con la psicoterapia, pero de ninguna manera junto con la medicación farmacológica o psiquiátrica.

Herbolaria

La milenaria tradición herbolaria puede presentar opciones importantes como un complemento del tratamiento de la depresión. La hierba mas utilizada como antidepresivo es la hierba de San Juan; aunque también el bálsamo de limón, la

escutelaria, la verbena y la avena silvestre. Siempre es recomendable que el uso de estos productos sea supervisado por un médico.

Hidroterapia

Algunas técnicas de medicina naturista o el simple baño cotidiano, utilizando los procedimientos terapéuticos basados en el agua puede producir un alivio significativo de algunos síntomas depresivos.

Aromaterapia

Es otro tipo de herbolaria solo que la vía de administración es la inhalación.

Flores de Bach: Es un tipo particular de remedio herbolario, desarrollado específicamente para tratar estados emocionales y mentales. Se asegura que algunos extractos de algunas flores son muy eficaces como apoyo para el tratamiento para la depresión.

Masoterapia

Un recurso muy eficaz para la depresión es la aplicación de masajes terapéuticos, de los cuales existen muchos tipos, y en algunos de ellos se trabaja específicamente sobre las tensiones corporales que se asocian con los estados depresivos. Es conveniente investigar sobre los tipos de masaje que se ofrecen y acudir con personas especializadas y profesionales.

C) Tratamiento psicológico

Los niños o jóvenes con depresión moderada o severa deberían recibir psicoterapia antes de recibir cualquier medicación. Un estudio sugirió que había muy pocas diferencias en las tasas de éxitos entre las tres formas más importantes de psicoterapia: la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar y la terapia de soporte. Todas consiguieron alrededor de un 80% de recuperación con un 30% de tasa de recaída en una media de 4 meses tras la recuperación. La

depresión severa y los conflictos con los padres hacían más difícil la recuperación.

Además del tratamiento con fármacos, es muy importante que el preescolar y la familia cuenten con un apoyo psicológico. Muchas ocasiones los padres se sienten culpables de los problemas del niño y esto es un error. Así puede observar que el niño se va acostumbrando a percibir las cosas de forma negativa, y a esperar que todo le salga mal, sea culpa suya, o a fracasar siempre. Estos pensamientos e ideas se deben ir modificando o extinguiendo con el tratamiento a una visión mucho más realista. También se debe tomar en cuenta que la depresión causa tensiones importantes en la vida del matrimonio y la familia. Es fundamental que los padres tengan conocimiento de los síntomas depresivos, que tengan bien claro que no es culpa de ellos y que se trata de una enfermedad que tiene un tratamiento eficaz, por supuesto si los padres y familiares apoyan al menor. Así también los padres no deben de sentir vergüenza sino poner los medios para tratar la enfermedad y que esta no interfiera en la vida familiar y el desarrollo del pequeño. Para aplicar un tratamiento psicológico en un niño se debe tomar en cuenta su nivel de desarrollo cognitivo-intelectual y emocional.

Antecedentes del tratamiento psicológico

Las publicaciones de investigación sobre intervención en niños y adolescentes con depresión y pensamientos suicidas, se quedaron atrás con otros estudios clínicos en adultos. Con esto se sabe que hay que darle más importancia a los trastornos en niños, y sobre todo realizar más investigaciones para tener más opciones y mejores tratamientos.

La mayoría de estudios clínicos recientes ha investigado la eficacia de tratamientos cognitivo-conductuales y, en menor número, de tratamientos con psicoterapia interpersonal. Generalmente, los estudios clínicos incluyen niños y adolescentes con depresión mayor y/o distimia. Muchos de estos estudios deberían reproducirse, dadas sus diversas limitaciones metodológicas, que incluyen: a) muestras de tamaño reducido; b) niños derivados frente a no derivados; c) tratamiento de síntomas de leves a moderados frente a graves, y d) tratamiento de sintomatología depresiva frente a diagnósticos basados en

criterios formales (Kovacs, 1997). Como podemos observar existen ciertas limitaciones dentro de la investigación del tratamiento para la depresión, ya que hay pocos estudios y en casos específicos, por lo tanto será necesario llevar a cabo más investigaciones sobre los tipos de depresión.

Terapia cognitivo – conductual aplicado para el trastorno depresivo

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se basa en la premisa de que un pensamiento negativo contribuye al desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos (Beck y cols., 1979). Este modelo asume que el pensamiento negativo conduce a estados afectivos negativos y comportamientos inadaptados. Los pensamientos negativos automáticos y las principales creencias se consideran hipótesis que pueden evaluarse empíricamente a partir de la observación personal o el autorregistro. Los pacientes también aprenden cómo conectar las cogniciones al estado de ánimo depresivo, al fin de alterar esas creencias y poder aplicar habilidades adaptativas de solución de problemas (Emery y cols., 1983). Se han identificado las distorsiones cognitivas como un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva en niños y adolescentes (Garber y cols., 1993).

El componente conductual de la TCC tiene sus raíces en la teoría del refuerzo. De acuerdo con Lewinsohn y cols., (1969), los individuos deprimidos no tienen acceso a suficientes situaciones de refuerzo positivo a causa de problemas en el acceso a estas o por déficit de habilidades. De este modo, un incremento en las actividades placenteras se relaciona con un decremento en la sintomatología depresiva (Lewinsohn y cols., 1996). Así, se enseñan técnicas para incrementar las actividades placenteras, habilidades de solución de problemas, habilidades sociales, formación asertiva y técnicas de regulación emocional. La finalidad de esta terapia es incrementar el refuerzo positivo directamente a partir de las actividades y las relaciones interpersonales mejoradas, que pueden ser un resultado secundario de las actividades. Se han desarrollado diversos manuales de TCC diferentes, pero todos ellos comparten la misma base teórica.

A continuación se mostraran algunos pasos y puntos de la terapia cognitivo conductual.

1. Manejo del proceso cognitivo

- No hacer de caja de resonancia es decir evitar lo que estimule determinados sentimientos (disminuir expresiones de consuelo al mínimo y preferente reemplazarlas por otras “ayudas” que no sean contraproducentes).
- Desviar la atención en lo posible de los hechos perturbadores (distraer al niño con juegos, paseos, reunión con amiguitos o familiares, TV, etc.).

2. Cambios en el niño como persona

- desarrollo de los recursos del niño para mejorar su exoestima (estimular el desarrollo de méritos valorados en el ambiente de que se trate, incluyendo presionarlos a hacer cosas consideradas útiles que abran la posibilidad de algún reconocimiento o, de manera espaciada, permitan felicitarlos por ello).

3. Búsqueda de alternativas

- Abrir posibilidades de compensación o reemplazo (hacerse de un nuevo animalito, regalarle otro juguete, compensarlo con expresiones afectivas medidas /no exageradas/, etc.)
- Indagar tras nuevas alternativas de satisfacción (otros grupos, otras actividades y entretenimientos, otras amistades...)

2º) Procedimientos específicos.

1. Depresión por pérdida de personas

- evitar la llamada caja de resonancia, es decir, no dar curso a expresiones exageradas de consuelo que tiendan a aumentar en el niño el sentimiento la gravedad de la pérdida (porque acrecentará igualmente en grado la reacción depresiva).

- mantener las expresiones de afecto, y sólo aumentarlas en un primer tiempo (a fin de evitar la caja de resonancia) y volver paulatinamente a las expresiones normales.
- facilitar posibles compensaciones (posibilidad de que el niño disponga de otros objetos de afecto).
- proporcionar distracciones (con frecuencia adecuada) a fin de ocupar la mente del niño en áreas ajenas al duelo.

2. Depresión derivada de mal comportamiento.

En este caso el niño es repudiado porque molesta. En consecuencia, recibe críticas, reprimendas, expresiones de repudio, se le retiran afectos (a los niños como tú no los quiere nadie!). Todo lo cual incide directamente en la baja de su exoestima, con la consiguiente depresión.

En esta variedad el procedimiento de elección es llevar a la práctica un plan de disciplina, siguiendo los lineamientos descritos en Reglas de Salud Mental: Disciplina y bien común.

3. Sistemas binarios de interacción en negativo.

Llevan al niño a la depresión estos sistemas cuando está allí integrado a personas que son importantes para él, cuyas posibles interacciones negativas lo afectan profundamente.

En estos casos se requiere suprimir los espirales negativos de interacción a través de la puesta en práctica de interacciones correctivas y de una adecuada disciplina, siempre que ello sea pertinente,

4. Depresión derivada de rechazos de sus pares (compañeros).

- Influir en forma de evitar las interacciones negativas del niño en el ambiente de que se trate.
- Accionar para mejorar la exoestima a través de estimular e, incluso, presionar el desarrollo de actividades que son valoradas en el medio respectivo (deportes, habilidades sociales, etc.).

- Orientarlo estimulándolo a integrarse a otros grupos en que tenga mejores posibilidades de ser acogido. Lo que puede realizarse dentro del mismo entorno (colegio, vecindario, etc.) o en otros distintos (scouts, clubes, escuelas deportivas, etc.).

También hay que argumentar que además de utilizar técnicas psicológicas como la modificación de pensamientos y conductas, se puede realizar un entrenamiento en relajación y adherencia terapéutica -entre otras-, que ofrecen al paciente alternativas reales para mejorar su salud y su calidad de vida.

Terapia de juego

El juego es la forma de comunicarse del niño y es por ello que para trabajar con niños hay que entender y aprender el significado del juego. “La responsabilidad del terapeuta es la de determinar la técnica más apropiada para el caso en lugar de forzar al niño a un molde terapéutico. Como terapeutas tenemos que individualizar y acomodar las técnicas al niño (enfoque prescriptivo ecléctico) que cuenta con el apoyo intuitivo y de investigación.”

“Erickson (1950) nos dice que el juego es una función del yo, un intento de sincronizar los procesos corporales y sociales con el sí mismo”. El juego tiene una función de comunicación. Es a través del juego que se ayuda a los niños a expresarse y posteriormente a resolver sus trastornos emocionales, conflictos, o traumas. Y además promover el crecimiento y el desarrollo Integral, tanto en lo cognitivo como en las interacciones con sus semejantes de manera apropiada.

FUNCIONES DE LA TERAPIA DEL JUEGO

BIOLOGICAS.-

- Aprender habilidades básicas
- Relajarse, liberar energía excesiva
- Estimulación cinestésica, ejercicios

INTRAPERSONALES.-

- Deseo de funcionar
- Dominio de situaciones
- Exploración
- Iniciativa
- Comprensión de las funciones de la mente, cuerpo y mundo
- Desarrollo cognitivo
- Dominio de conflictos
- Satisfacción de simbolismos y deseos

INTERPERSONALES.-

- Desarrollo de habilidades sociales
- Separación – individuación

SOCIOCULTURALES.-

- Imitación de papeles deseados (en base a modelos que presentan los Adultos que lo rodean)

La psicoterapia de los niños fue intentada primero por Freud (1909) para tratar de aliviar la reacción fóbica de su paciente Hans. Freud le sugirió al padre del paciente algunas formas para tratar de resolver algunos de los principales problemas de su paciente. El juego no se usó directamente en la terapia infantil hasta 1919 por Hug-Hellmuth.

En 1928 Ana Freud empezó a usar el juego como una forma para atraer a los niños a la terapia. El fundamento de ésta técnica involucra el concepto de alianza terapéutica. El psicoanálisis tradicional sostenía que la mayor parte del trabajo de análisis se consumaba una vez que los aspectos saludables de la personalidad del paciente se unían a las fuerzas que el analista contraponía al YO enfermo del paciente. A medida que el niño desarrolla una relación satisfactoria, el énfasis del enfoque de la sesión se trasladaba lentamente del juego hacia las interacciones de tipo verbal. Ana Freud utiliza el juego como medio terapéutico.

Melanie Klein (1932) utiliza el juego como sustituto de la verbalización, ya que es la forma de comunicarse del niño.

En 1938, Solomon desarrolló una técnica llamada “Terapia de juego activa” para usarla con niños impulsivos (acting-out). Solomon veía que esto ayudaba al chico a expresar su IRA y TEMOR a través del juego (efecto abreactivo). A través de la interacción con el terapeuta, el niño aprende a redirigir la energía usada antes en “Acting-out”, hacia conductas más aceptadas socialmente orientadas en el juego. Enfatiza el desarrollo del concepto del tiempo en el niño proporcionándole ayuda para separar la ansiedad de los traumas pasados y consecuencias futuras de la realidad de sus actos.

Hambridge recreó directamente el suceso productor de ansiedad en el juego para facilitar la abreacción en el niño. Esta técnica se utilizó en una fase intermedia en la relación terapéutica previamente establecida, una vez que el niño tenía suficientes recursos (internos) del yo para manejar tal procedimiento intrusivo y directo.

La terapia de juego tuvo un desarrollo importante a partir del trabajo de Carl Rogers (1951) y Virginia Axline (1964-1969). La terapia de juego proviene de la escuela humanista y en esencia está centrada en el niño.

Enfoque e importancia de la terapia del Juego

Al estar centrados en el niño se acepta lo que él nos quiere dar con su juego. El terapeuta debe estar alerta para reconocer los sentimientos que expresa el niño y éstos los devuelve de tal manera que el niño obtiene “insight” dentro de su conducta. Para lograr que se establezca el vínculo terapéutico las sesiones deben ser constantes y los padres del chico comprometerse a que esto se de, llevando ininterrumpidamente al niño a su terapia, y hablando con el terapeuta sobre sus inquietudes. El terapeuta debe tener toda la disposición, paciencia, respeto, consideraciones por el niño, estableciendo límites que le permitan al niño aprender respeto y contención. El terapeuta sólo establece las limitaciones necesarias para tener sujeta la terapia a la realidad y para concientizar al niño de su responsabilidad en la relación.

En 1949 Bixler en su libro o escrito “Limits are Therapy” sugiere que el terapeuta establezca los límites con los que se siente cómodo, incluyendo:

- 1.- No debe permitirse al niño que destruya propiedades de la habitación excepto el equipo de juego
- 2.- No debe permitirse al niño atacar físicamente al terapeuta
- 3.- No debe permitirse al niño permanecer más del tiempo programado para la entrevista.
- 4.- No debe permitirse al niño llevarse juguetes del cuarto de juego
- 5.- No debe permitirse que el niño arroje juguetes, ni ningún otro material por la ventana.

Los límites permiten al niño que exprese sus sentimientos sin herir a otras personas temiendo represalias posteriores. Además permiten al terapeuta mantener una actitud positiva hacia el niño (ya que no se siente obligado a tolerar los acting-out agresivos de éste).

Estos límites se establecen desde la primera sesión con la consigna de presentación.

En las primeras sesiones el terapeuta no estructura el juego (lo deja libre) simplemente observa, analiza, aclara, comprende y ayuda al niño a sentirse seguro. Más adelante se irán estructurando las sesiones según lo que necesite el chico, y según su edad. Es importante anotar que cada edad tienen una forma de jugar, una forma de ser al mundo y de cómo se integra el niño a él.

La sala de Juego y los materiales para un juego terapéutico

La Terapia de Juego tiene como objeto evaluar al niño y al mismo tiempo ir trabajando el autoconocimiento por medio de la exploración, y el autocontrol. En la Terapia de Juego se evalúan las conductas expresadas y los juguetes deben cumplir el propósito de suscitar ciertas conductas problema.

Se recomienda que los juguetes:

- 1) Permitan la expresión simbólica de las necesidades del niño
- 2) Que se encuentren en un espacio que le pertenecerá al chico en el momento de la terapia

- 3) Este espacio, deberá aclarársele al niño, será para que juegue y exprese sus emociones por lo que debe ser adecuado para la infancia
- 4) Que promuevan la catarsis y el insight
- 5) Que permitan la prueba de la realidad

Se debe proporcionar diversos juguetes al chico, manteniéndolos en un orden que llame a la exploración y elección. Hay que evitar la acumulación sin propósito (Ginott, 1961). Es recomendable tener buena cantidad de juguetes que puedan usarse de diferentes maneras (por ej. Juguetes para construir). Hay que tener algunos juguetes que promuevan sentimientos difíciles de tratar en la vida diaria como aquellos que suscitan “Agresión o Dependencia” (por ej. carritos armados, trastos, utensilios de cocina etc.). Y juguetes que permitan la competencia, donde pueda intervenir el terapeuta si es la oportunidad.

La lista de Axline (1947) es representativa de lo que la mayor parte de terapeutas de juego utilizan actualmente.

Lista de Juguetes recomendados para una Terapia de Juego (Adaptada de la lista de Axline).

- Familia de muñecas
- Una casita y algunos muebles
- Crayolas, plastilina, tijeras
- Suficiente papel para dibujar
- Animales
- Soldados, carritos, indios y vaqueros
- Aviones y barcos
- Muñecos bebe de trapo y biberones
- Títeres que representen una familia
- Teléfonos (dos)
- Policías, médicos, equipos médicos
- Algunos materiales para construcción como los “Lego”, cubos de diferentes tamaños

- Si es posible una caja de arena para colocar soldados, barro, carritos y animales.
- Yo sí recomiendo los libros de cuentos e historietas ya que algunos niños prefieren la lectura y hacer historias con material de sus propias vidas.

Es muy importante que el terapeuta maneje los juguetes con que él mismo se sienta cómodo, además hay que pensar en incluir algunos juguetes sofisticados para chicos mayorcitos como mesitas de billar, fútbolín, tiro al blanco, sacos para golpear, máscaras. Todo para promover la autoexploración y la curiosidad.

Hay que enfatizar que el espacio de juego es un espacio que le permite al chico la expresión de sentimientos reprimidos, incluyendo la agresividad, y no por eso es que se la fomente, sino que hay que ayudarlo a canalizarla mejor y que él aprenda a controlarla, de tal manera que la terapia de juego es un espacio en que además del autoconocimiento, se promueve el autocontrol, distinguiendo siempre lo externo de lo interno, la realidad de la fantasía, esto es en lo que ayuda la Terapia de Juego al niño.

Hay que recalcar que hay juegos diseñados especialmente para la psicoterapia en niños como los de la escuela de Terapia Racional Emotiva de A. Ellis, con su proceso y trabajo ligando emociones a las diferentes situaciones en la vida de un niño y a sus pensamientos o percepciones. Este tipo de psicoterapia es muy útil para los niños de 8 o 10 años que ya pueden expresar mejor sus abstracciones internas. Ya desde los 7-8 años (por lo regular) el chico ya va desarrollando actividades cognoscitivas más complejas y paulatinamente más diferenciadas, y a los 8 años el niño ya adquiere mayor conciencia de sí mismo, no diciendo que algunos chicos no puedan alcanzar éstos procesos con anterioridad. Por todo lo mencionado se ve que algunos de estos juegos son muy útiles desde la perspectiva “cognitivista y centrada en el niño”.

En el juego hay que dejar que el chico libere su imaginación, que exprese cómo ve al mundo y de qué manera se conecta con él. Hay que tener paciencia y esperar que el chico verbalice sus fantasías y las expresiones de sus emociones.

La comunicación psicoterapéutica con el niño debe estar a tono con su nivel de desarrollo afectivo y cognoscitivo.

Qué evaluamos en la Terapia de Juego?

- Las defensas del niño
- La capacidad para tolerar la frustración
- El nivel de desarrollo del superyó (el hacer trampitas)
- Sus fantasías y emociones
- Sus inquietudes y temores
- Sus habilidades especiales y dificultades
- Comportamiento en general
- Niveles de dependencia – independencia
- Niveles de agresividad
- Rivalidad fraterna, cómo hace frente a la competencia
- Niveles de Ansiedad (cualquier interrupción abrupta en el juego es un indicador importante de ansiedad y de problemas Erikson 1950)
- Y el proceso del juego qué es lo que intenta resolver

Finalmente se puede argumentar que el niño se comunica jugando, hay que hablar su idioma.

PREVENCIÓN DE LA DEPRESION EN EL NIÑO PREESCOLAR

Es reciente la aceptación mayoritaria, por parte de los paidopsicólogos y otros profesionales de la salud mental infantil, de la existencia de cuadros depresivos más o menos graves en niños de edad escolar, Sin embargo esta idea va penetrando cada vez más.

A continuación se presentan los puntos dentro de la profilaxis según (E. Doménech y A. Polaino, 1988 :

Identificación precoz de grupos de riesgo: Un paso previo consiste en la educación sanitaria de los profesionales involucrados en la atención del preescolar, así con que tienen relación con las familias o con las madres deprimidas.

Un niño de esta edad con alteraciones de conducta puede ser la señal de alarma de unos padres deprimidos o de una familia de riesgo de depresión infantil. Al mismo tiempo, una madre de síntomas depresivos debería de ser la señal de alerta del posible riesgo del niño.

Debe conocerse la vulnerabilidad de los preescolares con cualquier tipo de alteración del lenguaje y no esperar a crezca para resolverla. También habría que prestar asistencia al niño hiperquinético y al que presenta dificultades de organización psicomotora.

Otro grupo especial vulnerabilidad es el de los enfermos orgánicos, hospitalizados o no. Ya hemos señalado el riesgo de los grandes quemados. Y también hay que pensar en un posible riesgo de depresión en el caso de niños que no presentan graves patologías orgánicas, pero que faltan muy a menudo a la escuela por estar constantemente afectados de resfriados o de otra patología aparentemente leve.

Los niños maltratados, apaleados o rechazados, forman otro grupo de alto riesgo. Son niños muchas veces difíciles de interrogar y diagnosticar. Deben utilizarse en estos casos técnicas de expresión no verbal para poder detectarlo.

Las causas de riesgo deben de ser eliminadas en la medida que esto sea posible: desde tratar a la madre, encontrar un sustituto materno, a curar una enfermedad pediátrica o una alteración o de lenguaje. Otro recurso de prevención primaria

que se está iniciando, y que puede ser en poco tiempo un área de progreso importante, son los programas de la salud mental para preescolares.

Programas de prevención primaria de la depresión en el preescolar:

Se mencionan dos tipos de programas preventivos aplicables a preescolares.

- a) Los que tienen la intención de promover e incrementar aptitudes y habilidades en los niños.
- b) Los que intentan proteger al niño de impactos negativos de los factores ambientales,

a) Los del primer grupo han sido recogidos y comentados recientemente por Petti (1983). Son programas para mejorar el desarrollo cognitivo, las aptitudes sociales y el aprendizaje escolar actuarían disminuyendo la indefensión, la baja autoestima y la depresión (op.cit).

Entre estos programas están el Channel Specific Perceptual Stimulation (Silver y Hagin, 1972); el Primary Mental Health Project (Cowen, 1980) y el ICPS (Interpersonal, Cognitive or Social Solving) de Shure y Spivak (1979).

Estos últimos autores han elaborado un programa estructurado para preescolares y niños de primera etapa, que se aplican en tres tiempos, primero se proporcionan a los niños elementos de lenguaje básico y conceptos cognitivos tales como: igual – diferentes; si –cuando; y- o...luego se les enseña a distinguir entre distintos sentimientos tales como: triste, feliz, frustrado...y después se les explica la manera de hallar soluciones alternativas a estas dificultades, de anticipar las consecuencias de una conducta y de aplicar estos conocimientos a la vida real y a los problemas interpersonales. La aplicación la hacen maestros y monitores, interviniendo dos para un grupo de 5 a 8 niños Durlak (1983).

b) Dentro del segundo tipo de programas se menciona un proyecto elaborado por Humphrey, en colaboración con el propio Hans Selye, "padre del estrés" denominado Children Teaching about Stress. Se intenta disminuir con él, el impacto sobre el niño de los factores del estrés ambiental. Se procura que el niño entienda el fenómeno del estrés. La técnica consiste en presentar a los niños de una serie de experiencias y aprendizaje que pueden aplicarse ampliamente en parvularios y escuelas Humphrey (1984).

Prevención secundaria en el niño preescolar

Esta debe fundamentarse en el diagnóstico precoz y en el abordaje terapéutico, también precoz. El diagnóstico es básico y novedoso puesto que todavía se diagnostican muy pocas depresiones en esa etapa. El preescolar es un niño emocionalmente lábil que presenta con frecuencia alteraciones de humor reactivas a factores ambientales, pero que son fenómenos diferentes de síndrome depresivo, la enfermedad depresiva como tal en esta etapa evolutiva está todavía escasamente investigada.

Por qué no se diagnostican fácilmente las depresiones en el niño pequeño: el adulto depresivo viene con su carta de presentación en la mano: "me siento triste", "estoy fatigado"; "soy incapaz"...esto no lo hace un niño. El pequeño nunca ira al psiquiatra diciéndole: "estoy deprimido", por que al niño lo llevan al psiquiatra, no va. Cuando lo llevan, si es un niño entre los 2 y 6 años de edad, no verbalizará, su estado de ánimo. Quizá por el motivo algunos autores como Kovacs y Beck (1977) considere que el diagnóstico de depresión infantil a esta edad, si existe, es muy difícil.

Lo que hay que hacer en esta etapa es basarse mucho más en la observación de la conducta y en la expresión del niño que en lo que verbaliza. Nunca el niño nos dice que está deprimido o algo parecido.

Tampoco lo dirán sus acompañantes. Los padres, ellos no piden que se trate al niño porque está triste. Quizá lo hagan porque les da malas noches, porque en el parvulario les hayan dicho que su rendimiento era insuficiente o por que no les hace caso y no saben cómo educarlo.

Por ultimo, los criterios que existen para diagnosticar una depresión en otras etapas, incluida la escolar, no acaba de servir porque la forma de manifestarse la depresión está en relación con las secuencias evolutivas. Se necesitan criterios específicos para la etapa preescolar.

Abordaje terapéutico: La intervención precoz es el segundo paso, después del diagnóstico, para hacer una prevención secundaria de la depresión del preescolar. Esta intervención debería de incluir a los dos miembros de la diada niño- madre.

En el niño muy pequeño el tratamiento de elección es el asesoramiento es el asesoramiento de los padres (Petti, 1983). La intervención acerca de los padres

consistirá en una modificación de actitudes, interacción y pautas educativas, al mismo tiempo que se les proporciona seguridad y apoyo emocional en su labor como padres.

Para poder aconsejar correctamente a los padres se considera esencial la intervención simultánea con el niño. Se tiene que examinar psicológicamente al niño, observarlo, jugar e interactuar con él. Solo así se comprenderá cuáles son sus necesidades. A partir de entonces se podrá enseñar a los padres a valorar los aspectos positivos de su hijo, a no insistir en los negativos cuando se sientan infravalorados y a iniciar o reemprender el diálogo y la comunicación.

Conclusiones

Se ha comprendido que la depresión es un trastorno del estado del ánimo con una elevada frecuencia en todas las poblaciones, así también se le considera la enfermedad que provoca mayor agobio en todo el mundo.

La depresión en niños ha sido reconocida ya que antes se dudaba de su existencia debido a la inmadurez de un niño, sin embargo al analizar y revisar diversas lecturas se puede observar que un pequeño representa el trastorno de acuerdo a síntomas que son visibles al terapeuta, puesto que un niño difícilmente podría llegar a un consultorio planteando que se encuentra deprimido o que tiene baja autoestima y pocas ganas de vivir.

A pesar de los datos alarmantes sobre la incidencia de la depresión, actualmente los padres o tutores no poseen suficiente información sobre la depresión y por lo tanto no pueden detectarla a tiempo lo que implica un comienzo tardío en el tratamiento. Así también otros pacientes no cuentan con la atención adecuada, ya sea por parte de los padres o los servicios de salud deficientes lo que conlleva a un diagnóstico y tratamiento inadecuado o tardío.

Las investigaciones han ayudado en gran medida para avanzar en el diagnóstico y tratamiento ya que se cuenta con material para realizarlos, sin embargo en comparación con las escalas de adultos se encontró que hay deficiencias por lo que se sugiere realizar más investigaciones para resolver dicha problemática. Dentro de los puntos a investigar están los detonantes del proceso depresivo, como factores de personalidad, factores biológicos, demográficos, cognitivos y sociales, ya que se observó en múltiples revisiones que la depresión es una enfermedad multicausal, esto quiere decir que no es un solo factor el que la produce.

Retomando la parte del diagnóstico se pueden concluir los siguientes puntos como:

- Que hace décadas se establecieron debates para establecer la categoría diagnóstica de la depresión en la infancia debido a que un niño está en

pleno desarrollo y los cambios que corresponden a sus logros y fracasos emocionales, cognitivos, sociales y también a nivel orgánico.

- Él terapeuta debe poseer los conocimientos para poder realizar un acertado diagnóstico ya que la depresión puede confundirse con otros trastornos como el TDAH que posee síntomas como ánimo irritable, baja tolerancia a la frustración, agresividad, agitación psicomotora, incapacidad para concentrarse, poco o exceso de apetito, como podemos observar dichos síntomas son muy similares a los que se presentan también en una depresión.

Así que se debe tener cuidado al realizar un diagnóstico por que también están las depresiones enmascaradas debido a la inmadurez psicoafectiva e intelectual y el pequeño puede tener expresiones emocionales y conductuales, como problemas de sueño, estado de ánimo irritable, dificultades para comer, etc. estos síntomas pueden ser considerados como equivalentes depresivos sin analizar bien el concepto de depresión infantil.

Un niño puede ser ansioso e inquieto y no por esto presentar un cuadro depresivo. Es por esto que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) para el diagnóstico de la depresión infantil fijó la existencia de humor disfórico es decir ánimo depresivo o irritable además de presentar al menos 4 síntomas y en niños menores de 6 años al menos 3 síntomas.

Los síntomas saltan ante nuestros ojos por lo que ser tenemos que ser muy hábil ya que uno de los principales mecanismos de defensa del niño es la negación es por esto que inconscientemente llegan a ocultar sus emociones, sin embargo el pequeño también expresa en lenguaje corporal, en dibujos, juegos, expresiones verbales sus emociones. Se tiene que observar detalladamente todos los focos de alarma que él nos proporcione, desde el momento en que entra al consultorio, ver si saluda, como es su expresión facial, que juguete prefiere jugar, si se muestra interesado en la entrevista y el juego, ¿es amable? ¿Agresivo? ¿Indiferente o evasivo? O muy pasivo, estas preguntas debemos cuestionarnos y analizarlas. Como terapeutas contamos con mucho material simbólico, donde podemos ir descartando y tomando piezas para armar este rompecabezas y llegar a la última respuesta del acertijo.

La entrevista con los padres es otro elemento fundamental para conocer como es el entorno del niño, sin embargo a mi poca experiencia he notado que llegan a ocultar información que es muy valiosa para el diagnóstico. Es por esto que al iniciar la entrevista es necesario disminuir en los padres el estrés, remarcando lo valioso que es para nosotros el contar con la información completa, que no deben de sentir angustia o pena, ya que "no son los únicos con este problema" y señalizando el secreto profesional o círculo de la confianza, con estas acciones se puede bajar el nivel de ansiedad y se mostraran mas cooperativos.

Un tratamiento efectivo o eficaz nos ayudará a eliminar un bajo rendimiento escolar, somatizaciones, fracasos escolares y también en el área social, conflictos familiares, huidas de casa y en casos extremos evitar crisis suicidas, estos conflictos dañan en gran manera física y emocionalmente al niño.

Hay que recalcar que es más efectivo el combinar los tratamientos farmacológico y psicoterapéutico realizados por expertos en psicología y psicoterapia infantil y en problemas psiquiátricos infantiles.

Afortunadamente se cuenta con varias opciones del tratamiento médico como son las nuevas familias de antidepresivos y tratamientos psicológicos, como son la terapia de juego, la cognitivo conductual y así también las terapias alternativas. Sin embargo hay que reconocer que el apoyo que brinde la familia, los maestros y amigos al niño son piezas clave para una rápida recuperación ya que el pequeño debe sentirse amado, protegido y comprendido, así se podran eliminar los sentimientos de culpa, de desesperanza y sensación de pérdida.

Si la familia recibe apoyo también es de gran ayuda ya que no se sentirán solos ante el problema, conocerán que es la depresión como una enfermedad, aprenderán a aceptarla y comprender como se siente el niño, las terapias grupales y tratamientos individuales son muy efectivos.

Otro punto relevante es investigar otros tipos de poblaciones que son afectadas por el trastorno depresivo, ya que tanto en publicaciones de la facultad de psicología como en diversos textos de autores como..... , se encontró que el foco central acerca de la depresión Infantil esta basada en observaciones que

hacen en menores provenientes o pertenecientes a orfanatorios, población en la que por sus propias características ya se espera la presencia de rasgos depresivos.

Finalmente quiero comentar que la prevención es la mejor herramienta para combatir la depresión, el llevar información a los educadores y padres de familia que estos conozcan el desarrollo del niño, conocer sus cambios y sobre todo conocer que síntomas acompañan el trastorno depresivo y poderlo detectar de forma precoz. Así podremos proteger la salud física y mental de la población.

BIBLIOGRAFIA

- * Anne Bar Din. (1989). **La madre deprimida y el niño**, México. Siglo XXI.
- * A. Polaino L, E. Domenech, A. Garcia, L. Ezpeleta. **Las depresiones infantiles**. Madrid 1988. Morata.
- * Bowlby J. (1983). **La pérdida afectiva**. Edith. Paídos
- * Bowlby J. (1983). **La separación afectiva**. Edith. Paídos
- * Campos (1971), Inhibición, **Duelo y Depresión en la adolescencia**; Revista del Instituto de Neurología No. 4 Vol. V. Octubre
- * Carlos Cobo. (1992). **La depresión infantil del nacimiento a la adolescencia**. Madrid. Temas de hoy.
- * Catwell D. P. y Carlson G. A (1987), **Trastornos Afectivos en la Infancia y la Adolescencia**; Edit. Martinez Roca, Barcelona.
- * CIE -10 Pautas diagnosticas y de actuación ante los trastornos mentales en atención primaria. Organización Mundial de la Salud Ginebra (OMS). Madrid, 1996.
- * C. Soutullo E. (2005). **Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes**. España. Universidad de Navarra.
- * Cytryn L. Et. Al. (1972), **Factor Influencing the Changing Clinical expresión of the depressive in Children**; American Journal of Psychiatry 139: (18) 879-81
- * David H. y V. Mark. (2001). **Psicología anormal**. México D.F. Thomson.
- * David S. Bruce D. Waslick. Y cols. 2003). **Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes**. España. Psiquiatría editores.
- * Freud, A. (1965). **Normality and Pathology in Childhood**. New York: Int. Univ. Press.

- * Freud S. (1975), **Obras Completas XIV; Duelo y Melancolía -1917-**, Amorrortu Editores.
- * Freud S. (1975), **Obras Completas U; La interpretación de los sueños -1901-**, Amorrortu Editores.
- * INEGI, XII CGPV 2000, TOMOS I, II, III.
- * INEGI MUJERES Y HOMBRES EN MEXICO 2002
- * INEGI, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, 1999
- * INEGI, ESTADISTICAS DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, 2001.
- * INEGI, ESTADISTICAS DE EDUCACION, 2001
- * INEGI, ESTADISTICAS DE INTENTOS DE SUICIDIO Y SUICIDIOS, cuaderno No. 6

- * Janet West (2000); **Terapia de Juego Centrada en el Niño**. Ed. Manual MODerno, "da Ed. México

- * Jean Chateau (1973); **Psicología de los Juegos Infantiles**. Ed. Kapelux. Argentina.

- * Klein, (1956), **Obras Completas II; contribución a la psicogénesis de los estados Depresivos**; Edit. Paidós.

- * L. Alan S. (2000). **Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años**. México D.F. Oxford University Press.

- * Lopez Ibor Aliño J. (1982), **La psicosis y Trastornos Afectivos**, En J. Lopez Ibor Aliño C. Ruis Oraga y D. Barcia Solorio; **Psiquiatría (Tomo II)** Barcelona Edit. Torray.

- * Malmquits C.P. (1971) **Depression in Chilhood and Adolescent; Anual Progress in Chile Psychiatry and development Part. VIII** Clinical Studies, 507-35

- * Mc. Conville B. J. M y R. T. Bruce (1985), **A Riview of Corrent Concept; Journal of Psychiatry Depressive IllineSSES IN Children and Adolescents**; No. 2 Vo. 30 119-30

* Nissen (1971), **Syntomatick and Progresse Depressive Vertimungszustande in Kides und Jugerdelter**. En Annell A. Depressive State in Childhood and Adolescence 505-509.

* Paul V. Trad. (1992). **Depresión psíquica en neonatos y lactantes**. México D.F. Limusa.

* Schaefer C y O´connor K. (1999), "**Manual de Terapia de Juego**". Ed. Manual Moderno, México

* Segal, Hanna. (1999). "**Introducción a la obra de Melanie Klein**". México. Paídos.

* Serge Lebovici y Michael Soulé (1973). **El conocimiento del niño a través del psicoanálisis**. México. Fondo de Cultura Económica.

* Víctor Uriarte. (2003). **Psicofarmacología**. México. Trillas

Sitios web

Recuperado el 4 de Octubre del 2007

www.bipolarweb.com/clasif.htm

Recuperado el 3 de Septiembre del 2007

http://www.medicosecuador.com/rocio_alvarez/articulos/terapiajuego2.htm

Recuperado el 26 de Septiembre del 2007

http://www.yoga.com.mx/yoga_info/info/que_es_yoga.htm Recuperado el 9 de Octubre del 2007