

“STORIES AND TALES IN THE CLASSROOM”

AUTORIA ELISABET MARTÍN GAMERO
TEMÁTICA LA DEPRESIÓN INFANTIL
ETAPA INFANTIL Y PRIMARIA

Resumen

A continuación se van a exponer los aspectos mas relevantes en lo que se refiere a la depresión en el periodo infantil.

Se desarrollarán sus principales síntomas, el papel que juega la familia, asi como su evaluación y correspondiente tratamiento.

Palabras clave:

- ✚ Tristeza
- ✚ Malhumor
- ✚ Trastornos del sueño
- ✚ Trastornos de apetito...



1.- DEFINICION DE LA DEPRESIÓN ONFANTIL

La **depresión infantil** puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de **depresión mayor**, cuando los síntomas son mayores de 2 semanas, y de **trastorno distímico**, cuando estos síntomas pasan de un mes.

Los partidarios de una depresión infantil específica se ubican en dos tendencias, a saber: los evolucionistas, que opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la

vida del niño en la que se presenta, sostienen pues la existencia de una DI Evolutiva, y aquellos que sostienen la existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta, de allí el nombre de *DI Enmascarada*, puesto que muchos profesionales equivocan su diagnóstico.



2.- CRITERIOS Y SINTOMAS EMOCIONALES

Los expertos en el tema de depresión infantil, a través de numerosas investigaciones han llegado a la aceptación de los siguientes síntomas característicos y criterios de la depresión infantil (Del Barrio 1997): tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida.

Esta definición operativa puede ser utilizada como guía diagnóstica y tiene la ventaja de representar un núcleo de coincidencia de un amplio espectro de la comunidad científica.

2.1. Depresión infantil en el primer año:

1) DEPRESIÓN ANACLÍTICA.

- Incremento exigencias.
- Rechazo de contacto
- Pérdida de peso
- Rigidez de expresión
- Insomnio
- Protestas



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 12 – NOVIEMBRE DE 2008

2) HOSPITALIZACIÓN: PRIVACIÓN EMOCIONAL TOTAL.

- Lentitud motora
- Pasividad total
- Anomalías coordinación ocular
- Movimientos corporales espasmódicos
- Disminución cociente desarrollo

3) DEPRESIÓN SENSORIOMOTRIZ.

- Expresión facial triste, sombría y apagada.
- Llanto de dolor que pierde intensidad
- Contacto visual inexpresivo, no sonrisa.
- Comportamiento motor lento.
- Problemas de succión, no aumenta de peso.

2.2. Depresión entre 1 y 3 años:

- Humor disfórico
- Retraso en el comportamiento motor
- Falta de interés por la alimentación
- Trastornos del sueño
- Retraso en pensamiento simbólico
- Retraso del lenguaje
- Retraso en el control de esfínteres o pérdida

2.3. Depresión entre los 3 y 5 años:

- Afecto a las habilidades adquiridas más recientemente
- Aspecto triste
- Cambios de apetito, peso, sueño, fatiga.
- Menos cooperativo



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 12 – NOVIEMBRE DE 2008

- Mas apático
- Llanto frecuente
- Irritabilidad
- Retraimiento social

2.4. Depresión entre los 6 y 8 años

- Tristeza
- Llanto
- Indefensión
- Desesperanza
- Retraimiento
- Pérdida de interés

2.5. Depresión entre los 8 y 12 años:

- Autoestima negativa
- Autoconcepto disminuido
- Temor a ser explotado
- Creencias de fracaso
- Desgracia persistente.

3.-¿POR QUÉ SE PRODUCE LA DEPRESIÓN INFANTIL?

Existen varios marcos teóricos que intentan explicar el origen de la depresión infantil, así tenemos:

- **Conductual:** a través de la ausencia de refuerzos (Lazarus), deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño.
- **Cognitivo:** la existencia de juicios negativos (Beck), experiencias de fracasos, modelos depresivos(Bandura), indefensión aprendida(Seligman), ausencia de control, atribuciones negativas.
- **Psicodinámico:** en relación a la pérdida de la autoestima (del yo-según Freud), y la pérdida del objeto bueno (Spiz).
- **Biológico:** por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral), y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 12 – NOVIEMBRE DE 2008

En la actualidad más bien se admite una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico como social que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada.

En el caso de la **DI**, los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica. (Del Barrio, 1997)

4.- EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Los porcentajes de **DI** detectados entre la población infantil es alrededor del 8-10%, de acuerdo a numerosas investigaciones.

Diversos estudios señalan que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años, antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos (Del Barrio, 1997).

En cuanto a la clase social, algunos autores señalan que se encuentra con más frecuencia en los niños de clase baja y media que en los de clase alta.

5.- INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y LA ESCUELA EN LA DEPRESIÓN INFANTIL

La familia es el entorno más inmediato del niño, su microcosmos y en sus cuidados y atención se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto humano, pero no sólo su supervivencia física, sino personal ya que el niño desde los 0 meses hasta los 3 años, desarrolla todos los elementos básicos con los que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos, motivaciones.

El apego con el que la madre y el hijo se impriman mutuamente es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la depresión, así como un apego seguro es la meta ideal de prevención de la aparición de depresión infantil. Así mismo la depresión materna aparece claramente definida como uno de los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de una depresión en el niño.

INNOVACIÓN
Y
EXPERIENCIAS
EDUCATIVAS

ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 12 – NOVIEMBRE DE 2008

Más tarde también son indispensables para el normal desarrollo emocional del niño las buenas relaciones con los padres. Una y otra vez numerosos expertos han señalado cómo las malas relaciones con los padres son la fuente específica de muy diversos problemas infantiles, y también claro está de la depresión.

En relación con la familia también se ha estudiado el puesto que se ocupa entre los hermanos. En muchas investigaciones aparece la posición intermedia como la más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional. Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la **DI**.

En cuanto a la escuela, sabemos que la localización precoz de cualquier deficiencia de aprendizaje en un niño y su pronta solución es imprescindible para lograr una situación de progreso normal y aceptable, eliminando así la posibilidad de trastornos afectivos que conlleven a la aparición de depresión infantil.

Muchos autores han relacionado la **DI** con el rendimiento escolar, unas veces considerándolo como causa y otras como efecto de la depresión. De hecho un niño deprimido puede descender su ejecución en la escuela, pero también puede comenzar sus síntomas depresivos por un fracaso académico. De allí radica la importancia de una buena evaluación y seguimiento por parte del maestro para detectar estos cambios en el alumno.





ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 12 – NOVIEMBRE DE 2008

6.- INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Los instrumentos de evaluación de la **DI** varían en función del marco teórico del que se derivan y de lo que pretenden medir. Así, cuando se quieren medir las conductas interiorizadas, se usan fundamentalmente pruebas de lápiz y papel que pueden ser: entrevistas estandarizadas, inventarios, escalas, cuestionarios, test pictórico, y otros. Cuando lo que se pretende es medir la conducta manifiesta se hace observación de conductas, registro de conductas, y aplicación del juego infantil.

La evaluación de los aspectos biológicos de la depresión infantil se lleva a cabo con análisis y pruebas objetivas de los elementos físicos que se han mostrado relacionados con ella. Así tenemos pruebas de carácter endocrino, como la determinación de los niveles de cortisol y la hormona de crecimiento. Pruebas como el electroencefalograma EEG (sobre todo durante el sueño) y el electromiograma EMG (relacionado con la musculatura facial implicada en la expresividad).

Cuando se revisa la literatura especializada, se define con toda evidencia que los instrumentos de mayor uso en la evaluación de la **DI** son fundamentalmente dos: el Child Depression Inventory CDI (Kovacs y Beck, 1977) y el Child Depression Scale CDS (Tisher y Lang, 1974). En la actualidad el cuestionario más utilizado es el modificado de M. Kovacs CDI de 1992.

Al recurrir a estos instrumentos de evaluación se deben tomar en cuenta algunos factores como: el nivel de desarrollo del niño, su grado de madurez intelectual, su labilidad emocional y el carácter interiorizado de la conducta deprimida, por todo ello es conveniente pasar el cuestionario dos veces.

La entrevista a los padres surge como un instrumento importante de recolección de datos, tanto del niño deprimido como de la familia. Así como también la entrevista a los maestros y compañeros de clase.

7.- TRATAMIENTO DE LA DEPRESION INFANTIL

El tratamiento de la **depresión infantil** ante todo debe ser individualizado, adaptado a cada caso en particular y a la fase del desarrollo que se encuentra el niño, en base a: su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención.

Debe además involucrar de una manera activa a los padres, y realizar intervenciones hacia el entorno del niño (familiar, social y escolar). El tratamiento se divide en tratamiento de fase aguda y fase de mantenimiento. El tratamiento en Fase Aguda, incluye: Psicológico, Farmacológico y Combinado.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 12 – NOVIEMBRE DE 2008

El **Tratamiento Farmacológico**: se basa en el uso de drogas como:

- Antidepresivos Tricíclicos, para lo cual se requiere un EEG basal, y mediciones de tensión arterial, frecuencia cardíaca y peso.
- Los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS, son en la actualidad los más utilizados, por su eficacia, aparente bajo perfil de efectos colaterales, baja letalidad por sobredosis y fácil administración una vez al día.

El **Tratamiento Combinado**, que incluye fármacos y terapias psicológicas, ha demostrado ser lo más adecuado en la actualidad.

Así mismo, el Tratamiento en Fase de Mantenimiento va a depender del estado clínico del paciente, su funcionamiento intelectual, su sistema de apoyo, la presencia o no de estresores ambientales y su respuesta al tratamiento.

A modo de conclusión, en la actualidad la existencia de la **depresión infantil** es un hecho comúnmente aceptado por la comunidad científica especializada, por lo que ha cobrado gran importancia su estudio y tratamiento. Algunos han llegado a denominar a la **depresión como la enfermedad del siglo XXI**.

8.- BIBLIOGRAFÍA

- ✚ Asociación psiquiátrica Americana (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- ✚ Belloch, S. *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- ✚ Caballo, V y Simón, M.A. (2002). *Manual de psicología clínica de la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- ✚ Del Barrio, M.V. *Temas de psicopatología infantil*. Valencia: Promolibro.
- ✚ Jiménez, M (1997). *Psicopatología infantil*. Archidona, Málaga: Ediciones Aljibe.
- ✚ Luciano, M.C. (1996). *Manual de psicología clínica. Infancia y adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- ✚ Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades*. Madrid: Meditor.

Autoría

-
- Nombre y Apellidos: Elisabet Martín Gamero
 - E-MAIL: magae21hotmail.com