

Estudio de la depresión infantil en el contexto contemporáneo: Causas,
manifestaciones psicosociales y tratamiento

Autora

LINA MARCELA DUQUE SERNA

Tutor

Mg. John Jairo García Peña.

Departamento de Psicología

Facultad de ciencias Sociales y Humanas

Universidad de Antioquia

Medellín, 2018.

Estudio de la depresión infantil en el contexto contemporáneo: Causas,
manifestaciones psicosociales y tratamiento

Autora

LINA MARCELA DUQUE SERNA

Trabajo de grado requisito para optar al título de Psicóloga.

Tutor

Mg. John Jairo García Peña.

Departamento de Psicología

Facultad de ciencias Sociales y Humanas

Universidad de Antioquia

Medellín, 2018.

ÍNDICE

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVOS	5
ANTECEDENTES	6
<i>Nivel Internacional</i>	6
<i>Nivel Nacional</i>	9
<i>Nivel Local</i>	12
REFERENTE CONCEPTUAL	15
DESARROLLO INFANTIL	15
<i>El desarrollo psicosexual propuesto por Freud</i>	15
<i>Las posiciones kleinianas</i>	17
<i>Teorizaciones sobre el apego</i>	19
<i>Etapas del desarrollo psicoafectivo de Margaret Mahler</i>	20
<i>Los periodos del desarrollo desde la perspectiva piagetiana</i>	24
<i>La idea de zona de desarrollo próximo.</i>	28
PARENTALIDAD	28
<i>Competencias parentales</i>	29

<i>Winnicott y el papel de la madre suficientemente buena</i>	30
<i>Los autos en relación con la depresión infantil.</i>	31
DEPRESIÓN INFANTIL	33
<i>La depresión como sintomatología contemporánea.</i>	33
<i>La perspectiva cognitiva de la depresión</i>	34
<i>Lo específico de la depresión infantil.</i>	35
<i>Sintomatología de la depresión infantil</i>	35
<i>Causales de la depresión infantil</i>	36
<i>Factores psicosociales de la depresión infantil</i>	38
<i>Tratamientos contemporáneos de la depresión</i>	40
Terapia farmacológica	41
Intervenciones Psicoterapéuticas	42
<i>La terapia conductual.</i>	42
<i>La terapia cognitivo-conductual (TCC)</i>	43
<i>La terapia interpersonal (TIP)</i>	43
Tratamientos alternativos	44
METODOLOGÍA	45
ANÁLISIS	46
<i>La Depresión Infantil como problemática</i>	46
<i>La depresión desde el desarrollo infantil</i>	51
<i>Causales y Sintomatología de la Depresión Infantil</i>	55

<i>Causales</i>	56
<i>Sintomatología</i>	61
Los factores psicosociales	64
<i>La importancia del entorno familiar</i>	64
<i>La depresión infantil en relación con la comunidad</i>	66
¿Y qué de los niños?	69
¿Qué hacer frente a la depresión infantil?	73
<i>Lo referente a la prevención</i>	74
<i>En cuanto al tratamiento de la Depresión Infantil</i>	74
CONCLUSIONES	78
REFERENCIAS	83

Estudio de la depresión infantil en el contexto contemporáneo: Causas, manifestaciones psicosociales y tratamiento.

Study of childhood depression in contemporary context: causes, psychosocial manifestations and treatment.

Resumen

La depresión puede aparecer en etapas tempranas de la vida, contrario a lo que se encuentra en el imaginario social, los niños son susceptibles de ser afectados por la enfermedad depresiva; si bien en esta se encuentran signos como la anhedonia, abulia y tristeza, en etapas tempranas cobra especial relevancia el malestar que pasa por el cuerpo.

Es importante considerar que entre más temprana sea la aparición de la depresión mayores dificultades acarreará, puesto que puede detener el desarrollo y es muy probable, que los episodios depresivos se repitan en la edad adulta.

En ese sentido, el objetivo de esta investigación fue analizar desde la psicología las causas, las manifestaciones psicosociales y los métodos de tratamiento de la depresión infantil, esto por medio de la compilación teórica y el análisis monográfico.

En este trabajo, se encontró que la depresión infantil es una problemática poco explorada en contextos latinoamericanos, las investigaciones en esta área son pocas, pero las que aparecen contienen datos significativos, por ejemplo, en Colombia las estadísticas de prevalencia se encuentran en un rango entre el 9,2% y el 25,2%, aun así, el desarrollo de una teoría crítica es incipiente, como conclusión relevante, entre otras, es evidente que el asunto de la DI, no tiene

todavía mucha atención o relevancia para académicos y profesionales a cargo de la salud mental.

Palabras Claves: Depresión infantil, Desarrollo infantil, Parentalidad, Sintomatología, Tratamiento.

Abstract

Depression can appear in early stages of life, contrary to what is found in the social imaginary, children are susceptible to being affected by depressive illness; although these are signs as anhedonia, abulia and sadness, in early stages takes special relevance the discomfort that goes through the body.

It is important to consider that the earlier the onset of depression the greater difficulties it will entail, since it can stop development and depressive episodes are likely to recur in adulthood.

In this way, the objective of this research is to analyze from psychology the causes, psychosocial manifestations and methods of treatment of childhood depression, this by means of theoretical compilation and monographic analysis.

This work finds, childhood depression is an unexplored matter in Latin-American contexts, investigations in this area are few, but the ones which appears contains significant details, for example, in Colombia statistics of prevalence are ranged between 9,2% and 25,2%, even so, development of a critical theory is incipient, relevant conclusion, among others, is clear that the subject of childhood depression doesn't get enough attention or relevance to academics and professionals in charge of mental health.

Key words: Depression, Childhood depression, Childhood development, Parenthood, Causes, Symptoms, Treatment.

Agradecimientos

A mi madre, Amparo Serna,
Por nutrir mi ser y contenerme amorosamente,
Por motivarme y apoyarme siempre pese a la adversidad.

A mis abuelos, Lino Serna y Elena Serna,
Por ser ejemplo de amor y bondad,
por respaldarme y enseñarme lo que es esencial.

A mi alma mater, la Universidad de Antioquia,
Por ser fuente de conocimiento e inspiración,
Por formarme como psicóloga y como ser humano.

A mi asesor, John Jairo García Peña,
Por ayudarme a descubrir mis cualidades,
Por darme confianza cuando el camino fue más difícil.

A mis amigos,
Por estar presentes en cada paso,
Por acompañarme, escucharme e inspirarme.

A los profesores que me formaron,
Por mostrarme el camino,
por despertar mi interés y pasión por la psicología.

***Estudio de la depresión infantil en el contexto contemporáneo:
Causas, manifestaciones psicosociales y tratamiento***

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión infantil es una temática poco explorada desde la disciplina psicológica, a pesar de ser una problemática socialmente en aumento, como lo muestran estudios de prevalencia, datos estadísticos y sondeos epidemiológicos, realizados por entes estatales y desde el ámbito de la investigación académica. Sin embargo, a nivel social es un tema que todavía tiene poca difusión.

Rara vez se toca el asunto de la depresión infantil en los claustros universitarios e incluso algunos psicólogos suelen considerar que es un asunto que concierne más a la psiquiatría que a la psicología. Es de anotar, que sí se encuentran estudios al respecto, pero su repercusión a nivel académico y social es mínima.

Socialmente es común que se ponga en duda que los niños puedan ser afectados por la depresión, esto tal vez, porque las principales características de la vida infantil parecen oponerse a las manifestaciones propias de la depresión, de ahí que para el mundo adulto es difícil imaginar la falta de alegría y la poca capacidad de esfuerzo en los niños.

Este estudio monográfico tiene por interés mostrar la importancia para la psicología de este objeto de estudio: la depresión infantil, desde el abordaje del infante como sujeto activo, es decir, entendiendo al niño desde su propia subjetividad, reconociendo sus opiniones y puntos de vista personales.

Desde el ámbito social, hay una tendencia a olvidar la particularidad de lo infantil, que se demuestra desde una postura adultocéntrica en la comprensión de los niños, la cual, desconoce su palabra, sus

expresiones emocionales, negando inclusive que puedan sufrir problemáticas como la depresión.

Sobre este tema, en términos de informes del estado de la situación, hay estudios que reportan hallazgos de prevalencia que van desde manifestaciones depresivas en un 9,2% de los niños, en la ciudad de Bucaramanga, hasta un 25,2%, en el municipio de La Ceja.

Es de anotar que siendo una problemática sanitaria, a nivel de Colombia, son pocos, desde el sector salud, los datos epidemiológicos o estadísticos que dan cuenta del estado de la cuestión, por ejemplo, al acercarse a la encuesta nacional de salud mental (2015), que reporta las principales afectaciones de salud mental de la población colombiana, se menciona haber encontrado sintomatología depresiva en un 0,01% de la población muestral, lo cual entra a contrastar con diferentes estudios de prevalencia realizados en el territorio nacional.

Por su parte el instituto de medicina legal (2011 - 2017), por medio del observatorio de violencia, reporta las cifras de suicidios infantiles desde el año 2011 hasta el 2017, en el cual se encuentra la tasa más baja en el 2012 con ningún reporte de suicidios infantiles y donde se encuentra la tasa más alta en el 2016 con 19 suicidios.

Según medicina legal, las principales causas de suicidios en general son problemas emocionales, amorosos y académicos; sin embargo, estas no están ligadas con los suicidios infantiles propiamente dichos, así que no es posible establecer las causas de estos suicidios en infantes.

En esta vía, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) indica que cerca de 300 millones de personas en todo el mundo conviven con el trastorno depresivo y aunque reconoce la presencia de este padecimiento en niños, no hace este informe una discriminación etaria, que permita reconocer en cada grupo poblacional cómo se está

presentando la problemática; esto es muestra de la dificultad existente para identificar a los infantes que muestran signos depresivos a nivel mundial.

Entonces, con este estudio se pretende en la vía expuesta abordar los principales obstáculos para el tratamiento de la depresión infantil, como pueden ser la desatención y disfuncionalidad familiar, los contextos vulnerables, pero también muy específicamente, la falta de capacitación de los profesionales en este tema, que les impide hacer una temprana detección y un abordaje integral de esta problemática, lo cual genera una confusión en su diagnóstico y atención, produciendo variedad de complicaciones en ámbitos sociales, académicos y familiares, además de la posibilidad de repetición del cuadro durante el ciclo vital.

Así las cosas, esta monografía pretende abordar la depresión para darle un lugar a los niños a nivel social desde los aportes de la psicología, a partir de sus diferentes corrientes teóricas, haciendo posible el identificar la particularidad en la manifestación de la depresión infantil, para reconocer causas a nivel afectivo, familiar, socio económico o educativo, encontrando así, posibles procedimientos que brinden soluciones óptimas a esta problemática.

En lo personal este trabajo monográfico aportará a poder comenzar como profesional de la psicología, un camino vía la experticia del tratamiento psicoterapéutico con niños, teniendo presentes las problemáticas contemporáneas y la implicación de los infantes en su propio mundo psíquico, su palabra y su deseo.

Por lo anteriormente señalado, es importante pensar el tema de la depresión en los niños, ya que abordar sus causas permitirá tomar medidas tempranas que resulten eficaces, así como diseñar programas enfocados en la promoción de la salud mental y la prevención de

problemáticas psicosociales que puedan tener consecuencias a futuro, conocer sus manifestaciones principales ayudará a la hora de realizar un diagnóstico oportuno, así como estar al tanto de las diferentes modalidades de tratamiento permitirá reconocer el camino o las rutas a seguir, en caso de detectar depresión en un niño.

Por ello, la pregunta que guía este estudio es: ¿Qué dice la psicología sobre las causas, las manifestaciones psicosociales y los métodos de tratamiento de la depresión infantil?

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué dice la psicología sobre las causas, las manifestaciones psicosociales y los métodos de tratamiento de la depresión infantil?

JUSTIFICACIÓN

Como se viene planteando, con este estudio se pretende analizar las causas y manifestaciones de la depresión infantil, para adquirir desde la psicología herramientas más eficaces para su tratamiento, donde sea posible reconocer a los niños como sujetos activos de su propio devenir.

En este sentido, los niños requieren desde el tratamiento psicológico, ser escuchados en sus vivencias subjetivas de una forma concienzuda y respetuosa.

Tener esta perspectiva de la infancia posibilita que la población en general esté más atenta de las manifestaciones tanto verbales como conductuales de los niños. Se pretende seguir el camino de despertar la conciencia de las personas adultas sobre el saber que tienen los niños sobre sí mismos, sobre las experiencias por las que pasan a diario y sobre el sufrimiento con el que muchos se encuentran en su vida infantil.

En la misma línea, este estudio además puede aportar al contexto familiar en el que se inscribe el niño deprimido, donde las enfermedades mentales suelen vivirse de una forma angustiosa o que perturba la dinámica familiar.

Por eso, al tener información sobre esta problemática, la incertidumbre rebaja y es posible lidiar con ella, incluso se puede hacer más llevadero el proceso de recuperación, por lo tanto, escuchar a la familia y explicar en qué consiste la depresión en la infancia, cómo se manifiesta y cómo se puede tratar, es parte de tranquilidad para quienes rodean al infante.

Tener información es un paso importante a la hora de solucionar cualquier tipo de problemática psicológica, y más si se trata de una de la que no se habla a nivel social y que, de hecho, se invisibiliza al considerar por naturaleza al niño alegre y motivado a la acción.

OBJETIVOS

GENERAL

Analizar desde la psicología las causas, las manifestaciones psicosociales y los métodos de tratamiento de la depresión infantil

ESEPCÍFICOS

1. Definir las causas psicológicas y del contexto social de la depresión infantil.
2. Reconocer las principales manifestaciones de la depresión en la infancia.
3. Examinar las modalidades de tratamiento que se utilizan en el abordaje de la depresión infantil.
4. Abordar la depresión infantil como vía para darle un lugar a los niños a nivel social en el contexto contemporáneo.

ANTECEDENTES

En este apartado se presentan antecedentes de investigación que se relacionan con el objeto de estudio de la presente monografía, se describen a continuación, desde lo internacional hasta lo local.

Nivel Internacional

El primer estudio por examinar se realizó en México, por Garibay, J., Jiménez, C. Vieyra, P. Hernández, M. y Villalón, J. (2014), titulado: *Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad*. Este tuvo por objetivo: "Determinar la correlación entre disfunción familiar y depresión infantil en niños de 8 a 12 años de edad de una escuela primaria del Estado de México" (Garibay, Jiménez, Vieyra, Hernández, y Villalón, 2014). Este estudio se trabajó desde un enfoque cuantitativo, con una población de 326 niños de un nivel socioeconómico bajo en el Estado de México. Para evaluar la funcionalidad o disfuncionalidad familiar se aplicó a los padres la "Escala de Reajuste Social". Como resultados se encontró que el 34.1% de las familias presentaba patrones de funcionamiento disfuncional por sus estilos de afrontamiento; el 11.7% de los niños presentaron sintomatología depresiva según el CDI (Children Depression Inventory, según la sigla en inglés. En castellano: Cuestionario de Depresión Infantil) y de estos el 8.7% provenían de familias disfuncionales. Ya que un 25.,4% de los niños convivía con familias disfuncionales y no mostraba indicios de sintomatología depresiva. Como conclusión el estudio dice que la depresión infantil es resultado de factores precipitantes variables, pero también menciona que las relaciones familiares armónicas disminuyen la vulnerabilidad ante la depresión en la infancia.

Otra investigación abordada fue la realizada por Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. y De las Cuevas, C. (2013), titulada: Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto

escolar y variables asociadas. Esta tiene tres objetivos que son: 1) Analizar la prevalencia de la depresión infantil con relación a sexo y la edad; 2) Examinar la relación entre la sintomatología depresiva infantil, el rendimiento académico, y otras variables relacionadas con el ámbito clínico y escolar; y 3) Obtener un modelo que permita predecir, detectar y entender mejor la depresión infantil. (Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe, y de la Cuevas, 2013). La muestra estuvo conformada por 1.104 niños escolarizados en ocho instituciones públicas pertenecientes a la Comunidad Autónoma del País Vasco, dichos niños contaban con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años de edad. Los instrumentos utilizados fueron el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC) y el Cuestionario de Depresión para niños (CDS), también se tuvo en cuenta el rendimiento académico de cada niño. Los resultados encontrados dicen que un 4,2% de la población estudiada presenta puntuaciones altas en sintomatología depresiva. Se encontró también que la sintomatología depresiva está relacionada positivamente, con la ansiedad, el estrés social y el sentirse incapaz y negativamente, con el ajuste personal, las relaciones interpersonales, la autoestima y la confianza en sí mismo. Se halló que hay relación entre sintomatología depresiva y sexo, ya que esta es mayor en niños (6%) que en niñas (2,6%), pero se encontró también que a medida que la edad avanza son mayores los porcentajes en niñas que en niños, a causa del inicio de la pubertad.

Borges, L. y Angeli, A. (2016) presentan un estudio en Brasil denominado: Sintomatología depresiva y desempeño escolar: un estudio con niños brasileños, cuyo objetivo fue: Verificar la relación entre sintomatología depresiva infantil y el desempeño escolar (Borges y Angeli, 2016). La muestra estuvo constituida por 229 estudiantes entre los 7 y los 11 años de dos escuelas públicas de Sao Paulo – Brasil. Como

resultados exponen que El CDI mostró que 20,3% de los niños evaluado presentaba sintomatología depresiva. Para este estudio se hizo uso de dos instrumentos para la medición de la lectoescritura de la población muestral, el test de Cloze y la Escala de Evaluación de la Escritura (EAVE), midiendo uno de ellos los aciertos en la comprensión lectora y el otro los errores en la escritura; se encontró que los niños que puntuaban por encima de 17 en el CDI tenían más dificultades en la lectura y en la escritura que quienes obtuvieron puntuaciones inferiores a 16 en el CDI.

Otro resultado de investigación se nomina: Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos, realizado en México por, Chávez, A., Correa, F., Klein, A., Macías, L., Cardoso, K y Acosta, I. (2017), su Objetivo fue: "Describir la relación entre depresión y autoconcepto en una muestra de niños escolarizados del estado de Guanajuato, México" (Chavez, Correa, Klein, Macías, Cardoso y Acosta, 2017) Participaron 217 niños escolarizados entre los 9 y los 13 años. Se hizo uso del CDI y del Cuestionario de Autoconcepto General. El CDI reveló que el 11,5% de la población muestral presentaba sintomatología depresiva, este nivel de prevalencia es alto considerando que los niños evaluados no pertenecen a niveles socioeconómicos bajos y en otros estudios se ha asociado la pobreza con los índices mayores de depresión; otro resultado de este estudio dice que la ideación suicida se encontró en un 16% de los sujetos evaluados, por lo cual se sugiere mayor observación de los niños por parte de sus tutores ya que dicha ideación es generalmente la primera fase del suicidio consumado; la investigación encontró también que uno de cada tres niños presenta un bajo autoconcepto personal, familiar y sensación de control, al relacionarlo con la DI se halló que hay una correlación inversa, cuando mayores son las puntuaciones en

sintomatología depresiva menores son las puntuaciones en autoconcepto, por lo cual se menciona que una vía para tratar la depresión en forma preventiva, es fomentar y mejorar el autoconcepto en sus tres esferas (personal, familiar y social).

Por otra parte, Buela, G., Carretero, H. y De los Santos, M. (2001) presentan una investigación realizada en España a la cual titularon: Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. Esta tuvo como objetivo: "Analizar la relación que hay entre la sintomatología depresiva en los niños de entre 10 y 12 años y la incertidumbre con la que se enfrentan a los problemas"(Buela, Carretero, y De los Santos, 2001) . El estudio estuvo compuesto por 159 niños de entre 10 y 12 años que asistían a los grados quinto y sexto; también se seleccionó otra muestra compuesta por 29 sujetos que presentaban sintomatología depresiva y 27 que no la presentaban. Para evaluar impulsividad y reflexividad se usó la Matching Familiar Figures Test-20, encontraron que los sujetos con puntuaciones significativas en sintomatología depresiva presentaban más ineficacia a la hora de responder a los problemas planteados por el MFFT-20, aunque no fue una diferencia significativa con relación al grupo que no presentaba sintomatología depresiva.

Nivel Nacional

En el ámbito colombiano Cuevas, M. y Castro, L. (2009) realizaron un estudio en la ciudad de Cali el cual denominaron: *Efectos emocionales y conductuales de la exposición a violencia en niños y adolescentes en Colombia*. El objetivo de esta investigación fue "Determinar los efectos emocionales de la exposición a la violencia" (Cuevas y Castro, 2009) La muestra poblacional estuvo compuesta por 1362 niños y adolescentes entre 7 y 14 años, y 834 madres, estos pertenecientes a diferentes niveles socioeconómicos en la ciudad de Cali.

Según el "Cuestionario exposición a violencia" la exposición indirecta a violencia fue baja en un 15,9%, media en un 71,4%, moderada en un 8,1% y grave en un 4,5%; la exposición directa a violencia o victimización fue baja en un 81,6%, moderada en un 10,3% y alta en un 3,4%; se encuentra también que según el CDI los niveles de depresión son leves en un 10,7%, graves en un 4% y que no aparecen síntomas depresivos en un 85,2% de la muestra. El estudio encontró que hay una relación significativa entre la exposición a la violencia y la depresión infantil, así también, esta exposición a la violencia en niños y adolescentes puede desencadenar trastornos de ansiedad y estrés postraumático, y ya que la comorbilidad es tan alta entre estas tres instancias (depresión, ansiedad y estrés postraumático), se pueden sugerir causas comunes para ellas. Otro hallazgo importante de este estudio es que las mayores afectaciones se encuentran en el nivel socioeconómico bajo, lo que podría indicar la acumulación de riesgo por la vulnerabilidad misma de los grupos poblacionales.

Siguiendo con las investigaciones colombianas Herrera, E., Losada, Y., Rojas, L. y Gooding, P. (2009) presentan una investigación a la cual llamaron: Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). El objetivo de esta fue "identificar la prevalencia de la sintomatología de la depresión y las características sociodemográficas de niños de básica primaria entre los ocho y los once años de edad con síntomas de depresión en la ciudad de Neiva, Colombia" (Herrera, Losada, Rojas, y Gooding, 2009) La muestra estuvo conformada por 1.832 niños de instituciones públicas y privadas de la ciudad de Neiva, a estos se les aplicó el CDI y con base en los resultados se tomó una segunda muestra poblacional, la cual estuvo conformada por los 313 niños que obtuvieron puntuaciones por encima de 19 puntos en el CDI, finalmente por diversos motivos no se pudo trabajar con estos 313 niños, así que se

trabajó con 101 de estos infantes y se procedió a hacer una segunda parte de la investigación, la cual consistió en aplicar un cuestionario sobre la vida familiar de los niños en sus propios lugares de residencia. Se halló que la prevalencia de la sintomatología depresiva significativa estuvo en un 17,09%; en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre géneros. Un hallazgo importante fue el relacionado con las condiciones socioeconómicas familiares de los niños implicados en la investigación, quedó manifiesto el hecho de que los ingresos por familia eran, en muchos de los casos, de un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) y de este debían vivir en promedio unas seis personas integrantes del grupo familiar, por lo cual se puede concluir que las condiciones de vida de estos chicos eran precarias, de hecho, gran parte de la muestra final estuvo ubicada en los estratos 1 y 2, esto en correspondencia con la información suministrada por los cuestionarios familiares donde se evidenciaba una queja y una preocupación recurrente relacionada con aspectos económicos. Otro de los asuntos encontrados, que se relacionó con los síntomas depresivos de los niños, fueron las malas relaciones familiares, los conflictos al interior de la diada parental y los conflictos que en general se presentaban con los miembros del grupo familiar.

Por su parte Mantilla, L., Sabalza, L. Díaz, L. y Campo, A. (2004) presentan un artículo titulado: Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas de Bucaramanga, Colombia. Su objetivo fue "Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en niñas y niños escolarizados, entre los ocho y los once años de edad, de la ciudad de Bucaramanga, Colombia". (Mantilla, Sabalza, Díaz, y Campo, 2004) La muestra estuvo constituida por 248 escolares entre los 8 y los 11 años, de un colegio oficial y otro privado de la ciudad de Bucaramanga.

El CDI-S (Children Depression Inventory, Short Form) arrojó que el 9,2% de los niños evaluados presentaba sintomatología depresiva. El estudio halló también que había una mayor prevalencia de la depresión infantil en los niveles socioeconómicos bajos, en las niñas y a medida que aumentaba la edad.

Una publicación realizada por Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Mercado, S. y Solano, D. (2014) nominada: Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla, tuvo por objetivo "Describir la prevalencia de sintomatología de depresión infantil en niños y niñas" (Abello, Cortés, Barros, Mercado, y Solano, 2014) Para la muestra se tomaron 178 niños de dos colegios oficiales de Barranquilla entre los grados cuarto y sexto.

Según el CDI la prevalencia de sintomatología depresiva fue de 15,73%, siendo esta más alta en mujeres que en hombres, al igual que en niños que cursaban sexto grado y que vivían en estrato 1. Se encontró también que, de forma discriminada, la prevalencia más alta arrojada por el CDI estuvo en los factores: autoestima negativa y el retraimiento social.

Nivel Local

En el ámbito antioqueño Gómez, Y. y Barrera, M. (2012) presentan una investigación titulada: Aspectos neuropsicológicos asociados a la presencia de síntomas depresivos en niños escolarizados. Esta tuvo por objetivo "estimar la presencia de sintomatología depresiva en una muestra no clínica de niños escolarizados y describir el funcionamiento neuropsicológico de niños con sintomatología depresiva para compararlo con un grupo de características demográficas similares sin sintomatología depresiva." (Gómez y Barrera, 2012) Los sujetos que participaron en esta investigación fueron seleccionados

entre una muestra total de 312 niños escolarizados de Bello – Antioquia que estaban entre los 9 y los 12 años de edad, para la selección de la muestra se aplicó el inventario para la depresión infantil (Children Depression Inventory, CDI), posteriormente se extrajeron 31 alumnos, cuyas puntuaciones en el CDI fueron significativas, para ser el grupo caso y otros 31 alumnos, con características similares a las del primer grupo pero con puntuaciones dentro del rango de normalidad, para ser el grupo control. A estos 62 niños se les aplicó una serie de pruebas neuropsicológicas con el fin de determinar su funcionamiento en memoria, atención y función ejecutiva, dichas pruebas fueron: cancelación de la A, prueba de percepción de diferentes caras de Thurstone, figura de Rey, test de aprendizaje verbal para niños, test de trazados (parte A y B) y el test de colores y palabras (Stroop). Con la aplicación del CDI se conoció que la prevalencia de sintomatología depresiva en el total de la muestra estaba en un 13,78%. Se pudo notar también que los aspectos neuropsicológicos en el grupo caso y el grupo control no variaban mucho en la mayoría de las pruebas, sólo se encontró una diferencia significativa en la función ejecutiva, evaluada con el Stroop Test, lo cual muestra la dificultad de los niños con sintomatología depresiva para seguir, ajustar, regular e inhibir respuestas automáticas.

Por su parte Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortúa, L., Martínez, P., Trujillo, C. y Quiceno, J. (2006) presentan un estudio realizado en La Ceja – Antioquia denominado: Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “Child Depression Inventory” -CDI. Su objetivo fue “Estudiar la prevalencia de la depresión en una población infantil del oriente antioqueño”. (Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quiceno, 2006). Para la muestra se tomaron 768 niñas y niños residentes en el

municipio de La Ceja – Antioquia, escolarizados entre el tercer y el séptimo grado, tanto de colegios públicos como privados, y con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años. Esta investigación encontró que la sintomatología depresiva estaba presente en un 25,2% del total de la muestra, lo cual entró a contrastar bruscamente con la prevalencia a nivel mundial en población no clínica, ya que esta se estimaba en cerca del 2%. Se encontró también diferencia por sexo, en el caso de los niños la sintomatología depresiva estaba más presente que en el caso de las niñas con una relación de 14,4% a 10,8%, resultado que también varió en relación con estudios llevados a cabo en países como Alemania y España en los cuales eran las niñas quienes mostraban mayores tendencias depresivas.

Otro estudio, realizado en la ciudad de Medellín por Piedad Estrada, Yolanda Torres, María Agudelo, Liliana Montoya, Félix Posada, María Álvarez y Astrid García (2009), tuvo por objetivo “Estimar la asociación existente entre tipología, dinámica y problemática familiar con la prevalencia de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes del Municipio de Medellín”. Esta investigación produce un libro de resultados, titulado: Familia y prevalencia de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes, expone que el 10,9% de la población tomada como muestra (1.537 estudiantes entre los grados 5° y 11°) presenta sintomatología depresiva. Quienes mostraron mayores índices depresivos fueron niños de 5°, 6° y 7° grado de educación básica.

Esta investigación concluye que la cohesión familiar es un factor protector ante la depresión, ya que en una familia unida se comparte tiempo, tareas y responsabilidades, lo que lleva al niño a sentir que es tenido en cuenta y que cuando hay un problema puede aportar a su solución. Se señala también que en ocasiones las familias contribuyen a mantener y fomentar los problemas emocionales de los más pequeños,

se menciona que la falta de diálogo con los padres afecta a los infantes. Además, se afirma que la depresión es menor en niños que son direccionados y orientados por ambos padres, siendo esto reflejo de estabilidad y coherencia parental, el que los padres tengan buena comunicación y se pongan de acuerdo con facilidad es señalado como un factor protector; en casos contrarios, en los que la autoridad es ejercida de forma impositiva y agresiva, priman las malas relaciones con la madre y los niños son maltratados de forma moderada o severa, la prevalencia de la depresión infantil es más alta, esta también se eleva cuando los infantes no cuentan con una red de apoyo, ya que es importante para su desarrollo tener a quienes acudir cuando lo necesitan. Por último, este estudio encontró relación entre la depresión y la baja autoestima, así como correlación con los trastornos de conducta.

REFERENTE CONCEPTUAL

A continuación, se delimitan algunos conceptos que resultan de particular interés a la hora de comprender el asunto de la depresión en etapas tempranas de la vida y su influencia en ellas.

DESARROLLO INFANTIL

En lo consecuente se hace un recorrido teórico desde diferentes autores y postulados psicológicos del desarrollo infantil, que permiten reconocer las diversas dimensiones del desarrollo humano, como son lo psicoafectivo, que es abordado por la psicodinámica, lo cognitivo, intelectual, que trabaja la psicología cognitiva y los aspectos socioculturales planteados por Vygotsky.

El desarrollo psicosexual propuesto por Freud

Para dar inicio al desarrollo psicoafectivo humano, es fundamental retomar a S. Freud, pues sigue siendo una autoridad en este tema.

Así, desde el planteamiento freudiano, en el inicio de la vida el yo y el ello, están fundidos en una unidad indiferenciada, en principio, lo que se encuentra es lo heredado, es decir, lo que se trae desde el nacimiento, por tanto, las primeras manifestaciones psíquicas son las pulsiones que provienen de la organización de la corporalidad orgánica.

Tras este punto, comienza la organización del aparato yoico, explicado por el desarrollo de las funciones sexuales innatas en el ser humano; la sexualidad humana, que va de lado de la búsqueda del placer y la satisfacción, se desarrolla según este planteamiento en dos fases, una pre-genital y otra genital (Guarín, 2005).

Desde esta propuesta teórica, la primera fase, va desde el nacimiento hasta aproximadamente los 5 años, en su culmen, queda sepultada por la amnesia infantil y se entra en un periodo de latencia, ya cuando los genitales logran su madurez, con la pubertad, hay un afloramiento o reaparición de la vida sexual.

A continuación se exponen las etapas del desarrollo psicosexual según Freud (1938). La primera es la etapa oral, donde el órgano que se constituye como zona erógena es la boca, esta se catectiza ya que es necesaria para la alimentación, pero además, en la vida del bebé empieza a cumplir funciones relacionadas con el placer que se alejan de la autoconservación; si bien en esta etapa aparecen vestigios agresivos, es en la segunda etapa, denominada sádico-anal, en la que surgen claramente marcados los impulsos destructivos, ya que el placer se obtiene a través de la agresión y la excreción, la libido y destrucción se funden para permanecer unidas.

La tercera etapa es la fálica, la cual se asemeja a la fase última de la vida sexual pues prima la satisfacción genital, en esta sólo tiene relevancia el falo, durante esta etapa los genitales femeninos

permanecen ignorados, pero en ambos sexos la introyección simbólica del falo permite que se alcance, a nivel subjetivo, el clímax de la vida sexual de la primera infancia, pero también empieza su sepultamiento. En esta etapa comienza la diferenciación sexual, que trae consigo ansiedades de castración en los niños y extrañamiento de la vida sexual en las niñas (Freud, 1938).

Dicho proceso posibilita en el infante el ingreso a la última etapa del desarrollo psicosexual infantil: la latencia, esta hace posible la preparación a la vida genital posterior. En la latencia, ya reconocida la diferenciación sexual, el infante logra disponerse, vía el reconocimiento de la instancia superyóica, a la norma cultural y al aprendizaje social.

Es ya en la fase genital como tal, que llega con la pubertad, donde se completa la organización que se inició en la etapa fálica, las pulsiones parciales se unifican para dar primacía a la consecución de placer por medio de los genitales (Freud, 1938).

A diferencia de otros teóricos, Freud (1938) expone que estas etapas no concluyen ni son reemplazadas por otras, sino que coexisten juntas, una llega para ser agregada a la anterior. En cuanto al desarrollo propiamente dicho del yo, este se da por la influencia del mundo exterior, ocurre cuando el infante logra salir del narcisismo primario y catectiza objetos externos que alcanza a percibir como diferenciados, esto permite la constitución de esa instancia psíquica llamada el yo (Guarín, 2005). Instancia que se continuará conceptualizando con los aportes de la teoría kleiniana.

Las posiciones kleinianas

Según Melanie Klein (1948) los bebés pasan por dos posiciones de su subjetividad infantil, comenzando en un estado de desintegración yoica y avanzando a uno de mayor integración, que le permite iniciar la

configuración de las representaciones del mundo externo y de los objetos que se encuentran en él, a estas posiciones las denomina esquizo-paranoide y depresiva.

Así para esta autora la posición esquizo-paranoide se instala en el inicio de la vida, en donde se muestra un estado de escisión que genera en el bebé una angustia persecutoria que le hace tener una representación incipiente del primer objeto, la madre o el pecho; es decir, por un lado, se le ve como gratificador (pecho bueno) y por otro como frustrador (pecho malo), de esta forma se comienza a dirigir el amor al primero y la agresividad y los impulsos destructivos al segundo. Según Klein (1948), aún en etapas tempranas la escisión de la representación no es total, así que el bebé pasa por momentos de integración dados por la tendencia misma del yo a integrar y sintetizar, a medida que estos estados de integración aparecen de forma intermitente hay una síntesis entre el amor y el odio; este es el inicio de una ansiedad depresiva que trae consigo el vestigio de la culpa y el anhelo de reparar el objeto amado, que el bebé percibe ha dañado con la agresión que se le dirigió en los estados de escisión o desintegración.

Entre el cuarto y el sexto mes el bebé entra en la segunda posición, la depresiva, debido a que cada vez en mayor medida percibe e introyecta a la madre como objeto completo y convergen los impulsos destructivos y afectos amorosos sobre el mismo objeto. Ya que el bebé percibe que el sujeto amado ha sido dañado por sus tendencias agresivas tiene sentimientos depresivos intensificados, más duraderos que la ansiedad depresiva que sentía anteriormente, debido al sentimiento de culpa que esto le suscita, tiene la necesidad de preservar a su objeto de amor e instala la tendencia a la reparación, que es un camino óptimo al apego, concepto que se pasa a trabajar en los párrafos siguientes.

Teorizaciones sobre el apego

La teoría del apego fue propuesta y desarrollada por John Bowlby y continuada por Mary Ainsworth. Su planteamiento fundamental indica que el apego es una necesidad biológica, compartida con otros animales y que garantiza al recién nacido el contacto y la proximidad con otro ser humano, que es por él preferido y claramente discriminado (Bleichmar, 2005).

Este vínculo puede mantenerse a lo largo de la vida del sujeto y otras personas cercanas pueden ser parte de él, lo anterior explicado por el concepto de 'monotropía', el cual sugiere que, si bien existe una figura central de apego, pueden existir otras figuras secundarias que son de igual manera importantes para la conservación y el sano desarrollo del sujeto en emergencia (Losada & Ribeiro, 2015; Oliva, 2004).

Desde el planteamiento de Bowlby y Ainsworth, recopilado por diversos autores como Oliva (2004) y Bleichmar (2005), el apego puede ser considerado seguro o inseguro.

En el tipo de apego seguro el sujeto tiene confianza básica en que su figura de apego estará disponible para atender a sus necesidades, esto debido a que la madre (o cuidador principal) ha sido responsiva y sensible a los llamados del bebé, lo que permite que este la use como base segura; por otra parte, está el apego inseguro, el cual puede ser dividido en apego ansioso-ambivalente, apego evitativo y apego desorganizado. A continuación, se explican.

a) apego ansioso – ambivalente: el niño no puede usar a su madre como base segura ya que esta, ha sido intermitente con respecto a los cuidados que le brinda, mostrándose en ocasiones responsiva y en otras insensible, así que el niño no tiene la seguridad y la confianza de que su madre lo apoye y lo contenga cuando lo necesite.

b) apego evitativo: el niño se muestra independiente de la madre, ya que esta no ha respondido adecuadamente a sus solicitudes, se ha mostrado desinteresada y rechazante, debido a estas actitudes que afectan al niño este ha optado por actuar con indiferencia frente a ella.

c) apego desorganizado - desorientado: este último reúne características, de los anteriormente mencionados tipos de apego inseguro; así, la figura de apego es vivida como atemorizante y temerosa, el niño encuentra en ella agresión, miedo y consuelo, por lo tanto, la construcción del sí mismo se da de una forma totalmente desorganizada, se ve como víctima, como perseguidor y como rescatador.

En síntesis, la teoría del apego resalta la relación inicial con el objeto materno, dinámica relacional que es propuesta de forma explícita por la teoría de M. Mahler.

Etapas del desarrollo psicoafectivo de Margaret Mahler

Según la concepción Mahleriana, el nacimiento biológico no coincide con el nacimiento psicológico, así los primeros meses tras el parto son para el bebé una continuación de la vida intrauterina, el nacimiento psicológico llegará con el reconocimiento del sujeto como un ser autónomo y la clara diferenciación de sí mismo con el mundo que lo rodea (Bleichmar, 2010).

Según esta concepción del desarrollo, la primera etapa por la que se atraviesa es el autismo normal, esta va desde el nacimiento hasta el primer mes de vida, dicha fase es anobjetal, ya que el bebé no tiene la capacidad de percibir un objeto externo, es decir que ignora totalmente el medio circundante (Guarín, 2005).

Así, en este primer momento del desarrollo los seres humanos son sujetos puramente biológicos, guiados por sus instintos y motivados únicamente a alcanzar el placer, en esta fase la madre poco a poco mueve al niño a la comprensión de que la satisfacción viene del mundo exterior (Galarza, 2006).

La segunda fase mahleriana es la llamada simbiosis normal, la cual va del primer al quinto mes de vida aproximadamente. En esta el bebé está fusionado con la madre en una unidad única e indiferenciada, pues no tiene discernimiento entre lo que es "yo" y lo que es "no yo", es en esta etapa donde las catexias internas se exteriorizan y pasan a investir la diada madre-hijo, en este momento hay una rudimentaria conciencia de que las satisfacciones vienen desde el exterior y la dependencia del niño hacia su cuidador principal es absoluta (Galarza, 2006).

La tercera fase es denominada separación individuación, cuando habla de individuación se refiere a la autonomía intrapsíquica, percepción, memoria, cognición, prueba de realidad y cuando se refiere a la separación habla de diferenciación, distanciamiento, formación de límites y desvinculación de la madre (Bleichmar, 2010).

En este momento evolutivo el bebé empieza a reconocer a su madre, explora con otras personas que no son ella y se acerca y se aleja de esta; es importante recalcar el papel que tiene la madre en esta fase, pues es ella quien debe adaptarse al proceso de separación e individuación. Esta fase va idealmente desde el quinto mes de vida, hasta el tercer año y se divide a su vez en cuatro sub-fases: diferenciación, ejercitación, acercamiento y constancia objetal.

En la sub-fase de la diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal, entre los cinco y los ocho meses de edad, aparece la sonrisa específica ante la voz o el rostro de la madre, esto como muestra de que por la

exploración visual y táctil que el bebé hace de esta ha logrado la delimitación del "yo" y el "no yo", la sonrisa específica indica que la imagen de la madre ha sido catectizada como objeto libidinal. Es en esta sub fase donde inicia la "ruptura del cascarón" o el nacimiento psicológico del infante (Bleichmar, 2010; Galarza, 2006).

La segunda sub-fase que es la ejercitación locomotriz, inicia aproximadamente a los 9 meses y va hasta los 14, está caracterizada por la habilidad del niño para separarse de su madre, cuando se agota por la locomoción se acerca a su madre para recargarse de energía y comienza de nuevo con la exploración, esta sub-fase se divide en dos etapas, la ejercitación temprana y la ejercitación propiamente dicha, ambas están diferenciadas por la libidinización de las funciones motrices.

La ejercitación temprana ocurre al inicio del gateo, el bebé parece feliz lejos de la madre, pero debe volver a ella buscando una recarga emocional, por eso es importante en este momento, la disponibilidad de la madre y la aceptación de la autonomía creciente de su hijo, ya que el éxito de esta etapa depende tanto su disponibilidad, como la dotación innata del niño para libidinizar las funciones motoras adquiridas.

Ahora, la ejercitación propiamente dicha, ocurre cuando el bebé ha logrado investir libidinalmente las funciones motrices y encuentra placer en ellas, en este momento hay goce haciendo uso de su propio cuerpo, mediante la posición erguida, lo cual le permite huir de la fusión simbiótica con la madre, dando pie a una exploración más completa del mundo circundante donde el niño se siente más independiente; las catexias puestas originalmente en las habilidades motrices, se van volcando progresivamente hacia el yo autónomo en desarrollo(Bleichmar, 2010; Galarza, 2006).

La tercera sub-fase es el acercamiento, el niño llega a esta con la capacidad de la locomoción, del juego simbólico y del lenguaje, lo cual le permite tener espacios separado de la madre; este momento se caracteriza por los sentimientos ambivalentes del infante, por un lado, quiere refundirse con la madre y por otro teme ser absorbido por ella y perder la autonomía ganada, de ahí que haya comportamientos de seguimiento y a la vez de huida.

Es un período difícil tanto para la madre como para el niño, que requiere de una buena comunicación de la diada y la disponibilidad emocional de la madre para que el hijo alcance la funcionalidad óptima de su yo autónomo. Esta sub-fase, que abarca desde los 14 meses hasta los 24, está dividida a su vez en tres etapas: el comienzo del acercamiento, la crisis del acercamiento y el moldeamiento de la distancia óptima.

Durante la primera etapa, el comienzo del acercamiento, el niño aminora sus conductas exploratorias, busca en la madre un refugio más permanente, por lo que procede a mostrarle lo que ve o a ofrecerle lo que encuentra a su paso; concibe a su progenitora como un ente separado de sí, por lo que siente ansiedad y temor, pero a su vez fortalece su sentimiento de autonomía y refuerza su yo.

En la segunda etapa, la crisis del acercamiento, el infante por su deseo de estar unido a la madre no aprovecha todo su potencial motor, aparecen conflictos entre el ejercicio de la autonomía que ha ganado y la necesidad de la madre para satisfacer sus deseos; el niño en esta etapa se caracteriza por mostrarse insatisfecho, irritable, insaciable y ambivalente, ya que sus deseos se contraponen, por un lado, quiere aferrarse a la madre y por otro, quiere alejarla.

Cuando llega la tercera etapa, el moldeamiento de la distancia óptima, ya hay un desarrollo del lenguaje por parte del infante, comienza a internalizar objetos y reglas, expresa deseos y fantasías en el juego simbólico, lo que le da una sensación de control sobre el ambiente. Es también en este momento en el que se llega la diferenciación de los sexos.

La cuarta sub-fase descrita por Mahler, es el logro de la constancia objetal, la cual ocurre después del segundo año de vida, cuando el niño se descubre totalmente separado de la madre, pero encuentra también que aunque esta, esté en el afuera está a su vez en su interior (disponible intrapsíquicamente); para llegar hasta este punto se deben cumplir dos premisas, la primera es que el niño tenga confianza básica en su madre, que confíe en que esta proporcionará alivio frente a las tensiones y necesidades que aparezcan en su vida y la otra, es el desarrollo de la facultad cognitiva de saber que la madre existe, así no la vea.

Ya habiendo tenido un acercamiento al desarrollo psicoafectivo se pasa a plantear la dimensión cognitivo intelectual del desarrollo infantil.

Los periodos del desarrollo desde la perspectiva piagetiana

El postulado piagetiano habla del desarrollo cognoscitivo del niño y lo divide en periodos que se distinguen uno del otro tanto por las habilidades adquiridas por el infante como por las transformaciones en la organización del conocimiento; este autor plantea que una vez el sujeto avanza de una etapa a otra, no retrocede a una forma anterior de funcionamiento (Pérez, 2006).

Como lo indica Pérez (2006), el primer periodo del desarrollo infantil es el sensoriomotor, este va desde el inicio de la vida hasta los dos años aproximadamente, durante esta etapa el niño aprende la conducta

orientada a metas y la permanencia de los objetos, estas dos ganancias son consideradas por Piaget la base del pensamiento simbólico y la inteligencia.

Por parte de la conducta orientada a metas, menciona el mismo autor que el bebé nace dotado de unas cuantas habilidades reflejo y en sus primeros meses de vida adiciona procesos nuevos; al finalizar el primer año ya el niño tiene la capacidad de prever eventos y para conseguir que se presenten combina una serie de conductas que ha aprendido, lo que quiere decir que selecciona una serie de acciones que lo llevan a conseguir una meta. Hacia el final del periodo sensoriomotor, el niño no se basta de los esquemas que tiene para conseguir lo que quiere, sino que es capaz de crear nuevos procedimientos para alcanzar sus objetivos.

El segundo aspecto es el desarrollo de la permanencia de los objetos, esto ocurre cuando el niño tiene la capacidad de saber que un objeto existe así no lo esté viendo, cuando ha formado una representación mental del objeto. A partir de este momento las representaciones mentales cobran un papel fundamental en el desarrollo intelectual.

El segundo periodo es el preoperacional, este va de los dos a los siete años, empieza cuando el niño puede pensar en personas u objetos que no están presentes y se caracteriza por su capacidad de utilizar símbolos para representar objetos reales del entorno y por varios avances en el campo cognoscitivo. Uno de los progresos de esta etapa es el pensamiento representacional, el niño usa símbolos para reflexionar sobre el ambiente; muestra de este tipo de pensamiento es el juego simbólico, en el cual el infante representa eventos de su vida o que pasan por su imaginación, este juego favorece el desarrollo del lenguaje y de habilidades cognoscitivas y sociales. En esta etapa también se

desarrolla la capacidad de plasmar lo que tienen representado en dibujos (Pérez, 2006).

Según Pérez (2006), los niños empiezan a utilizar conceptos numéricos, los cuales les sirven como herramienta de pensamiento, aun así, no tienen claramente establecida la función de los números y cometen distintos errores a la hora de hacer uso de ellos. Otro progreso del periodo preoperacional se encuentra en las teorías intuitivas, estas son sus propias interpretaciones de los fenómenos naturales, basadas en experiencias inmediatas; estas teorías están caracterizadas por el pensamiento animista, lo que quiere decir que les atribuyen intencionalidad y rasgos humanos a objetos inanimados.

Ahora bien, las limitaciones en esta etapa se encuentran relacionadas con el egocentrismo, la centralización y la rigidez del pensamiento. El egocentrismo se da principalmente porque no existe una perspectiva que considere al otro (teoría de la mente), por lo cual el niño interpreta y actúa desde el yo; la centralización se refiere a que el niño se enfoca en una sola característica del estímulo que se le presenta e ignora el resto, lo que hace que el pensamiento sea muy rígido pues no se consideran elementos importantes.

El tercer período en la teoría piagetiana es el de las operaciones concretas, este va de los siete a los once años, se caracteriza por el uso que hace el niño de las operaciones mentales y la lógica para reflexionar sobre hechos y objetos del ambiente, su pensamiento se hace menos rígido y más flexible, abandona el egocentrismo y puede prestar atención a varias de las características de los estímulos que se le presentan (Pérez, 2006).

Durante esta etapa el niño organiza el mundo con tres operaciones mentales nuevas: seriación, clasificación y conservación.

La seriación es la capacidad de ordenar objetos en secuencias lógicas y para conseguir este objetivo usan la regla lógica de la transitividad. La clasificación le permite al niño ordenar las cosas y las ideas agrupándolas por los que les es común, teniendo en cuenta varias de las características del objeto, pueden también considerar similitudes y diferencias, cosa que es posible gracias a la reversibilidad del pensamiento; por último, está la conservación, que es la capacidad de entender que un objeto permanece igual, aunque ocurran cambios físicos superficiales.

La teoría piagetiana plantea como culmen del desarrollo cognitivo el periodo de las operaciones formales, que va desde los 11 o 12 años en adelante. Según Pérez (2006), una vez el niño supera con éxito las etapas anteriores conforma un sistema coherente de lógica formal, en este momento el pensamiento pasa de enfocarse únicamente en lo real para considerar lo posible, los adolescentes pueden analizar las ideas abstractas.

Este periodo está caracterizado por cuatro tipos de pensamiento: lógica proposicional, razonamiento científico, razonamiento combinatorio y razonamiento sobre probabilidades y proporciones.

La lógica proposicional es la capacidad de extraer inferencias lógicas a partir de dos premisas relacionadas; el razonamiento científico está ligado el pensamiento hipotético-deductivo, que es la capacidad de generar y probar hipótesis con secuencias lógicas y sistemáticas y el razonamiento combinatorio abre la posibilidad de pensar en las múltiples causas de los fenómenos. El desarrollo de este tipo de pensamiento depende de las expectativas culturales y las experiencias que se tengan (Pérez, 2006).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado sobre el desarrollo intelectual del niño se pasa a considerar la influencia del medio circundante a la hora de avanzar de un estadio a otro planteada por la teoría socio cultural.

La idea de zona de desarrollo próximo.

La teoría vygotskyana que plantea el enfoque sociohistórico o sociocultural introduce un concepto clave a la hora de entender el desarrollo infantil, se trata de la zona de desarrollo próximo (ZDP), entendida como el espacio ubicado entre el nivel de desarrollo real, que engloba las capacidades ya adquiridas por el niño, las habilidades para resolver problemas por sí mismo y el nivel de desarrollo potencial caracterizado por la capacidad de resolver problemas bajo la guía o supervisión de alguien más capacitado.

En la noción vygotskyana de ZDP se incluyen capacidades que aún no han madurado pero que están por madurar, esto debido a que el niño comparte espacios con adultos u otros niños más capaces, lo que dinamiza su desarrollo.

Lo anterior explica las diferencias en aprendizaje y desarrollo intelectual entre infantes de las mismas edades cronológicas, según este planteamiento, el progreso tiene un fuerte componente social y comunicativo, ya que es la interacción la que permite el desarrollo (Martinez, 1999).

PARENTALIDAD

A la hora de hablar sobre infancia es vital tocar el tema de la parentalidad, ya que los niños están rodeados siempre por figuras de gran relevancia en sus vidas, quienes los orientan, son responsables por ellos y los encaminan a lo que será su vida adulta.

Competencias parentales

Las competencias parentales cobran un papel decisivo sobre el bienestar de los niños, ya que es por ellas que se asegura el buen trato infantil, son a su vez una práctica de crianza con los hijos, como reflejo del buen trato que los padres recibieron en su infancia, ya que las experiencias infantiles marcan las formas de enfrentar la vida en la adultez y son moldeadoras del comportamiento (Barudy y Dantagnan, 2005).

La parentalidad es una función fundamental que posibilita la capacidad de crianza, según los autores señalados, las capacidades parentales, tienen su origen en lo biológico y lo hereditario, pero son moduladas por experiencias vitales e influenciadas por la cultura y los contextos sociales, se pueden observar en funciones como, el apego, la empatía, los modelos de crianza, la capacidad de participar en las redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios.

Por otra parte, la parentalidad social, es definida como:

la capacidad práctica de una madre o un padre para atender las necesidades de sus hijos. No sólo se trata de nutrirles o cuidarles, sino también de brindarles la protección y la educación necesarias para que se desarrollen como personas sanas, buenas y solidarias. Cuando las madres y los padres tienen estas capacidades están en condiciones de ofrecer a sus hijos lo que hemos llamado "una parentalidad sana, competente y bientratante". Cuando estas no están presentes, las madres y los padres son incapaces de satisfacer las necesidades de sus hijos y les provocan sufrimiento y daño. En este caso hablamos de "una parentalidad incompetente y maltratante" (Barudy y Dantagnan, 2005 P.93).

La parentalidad tiene funciones o tareas, entre ellas se encuentran la función nutriente, que asegura la vida y el crecimiento, está relacionada con el apego seguro y con el reconocimiento de los padres desde los diferentes ámbitos, por otro lado está la función socializadora y educativa, que tiene que ver con la construcción de la identidad y del sí mismo de los hijos, también con la facilitación de experiencias relacionales que sirvan para moldear una forma de vivir respetuosa, adaptada y armónica en sociedad.

En relación con lo anterior, para que el ejercicio de la parentalidad sea beneficioso para los infantes debe estar respaldado por una figura con características bien definidas que cumpla con acciones y deberes concretos como lo planea Winnicott.

Winnicott y el papel de la madre suficientemente buena

Según postula Winnicott (1960), para que el niño desarrolle un self fuerte debe ser sostenido por un self materno fuerte, para esto debe haber una pareja madre – bebé que funcione bien, ya que los patrones personales y las defensas que se instalan en el niño tienen tendencias hereditarias, el niño acompañado puede llegar a ser sí mismo de una forma real desde momentos tempranos, de hecho, Winnicott (1960) afirma que quienes reciben atención adecuada se afirman como personas con mayor rapidez.

En el caso contrario, siguiendo los planteamientos winnicottianos, cuando la madre no sostiene de forma adecuada a su hijo, el desarrollo personal del niño se ve truncado y es condicionado por fallas ambientales más que por factores genéticos o exigencias internas. Estos bebés suelen parecerse entre sí por sus patrones de conducta poco sanos, son inquietos, agresivos, suspicaces, apáticos, inhibidos, sometidos, etc.

Es importante para el desarrollo del niño que la madre, literalmente, lo sostenga en brazos de una manera apropiada (holding), ya que este acto es un factor básico de cuidado que muestra mucho de la identificación que ella tiene con el infante, los fallos en este aspecto provocan en el niño la sensación de estarse desintegrando, lo cual lo llena de ansiedad (Winnicott, 1960).

Por otra parte, cuenta también Winnicott (1960), que es crucial la manipulación (handling) para que el bebé empiece a reconocer lo real en su propio cuerpo a partir de asociaciones psicósomáticas, por otra parte, esto ayudará a que desarrolle tono muscular, coordinación y a que disfrute de las experiencias de funcionamiento corporal de su ser.

Los autos en relación con la depresión infantil.

Según Victoria del Barrio (2000), hay un cierto tipo de habilidades personales aprendidas gracias al contacto social en las cuales se basa, en gran medida, la posibilidad de ser feliz o de caer en la depresión. Algunas de estas cualidades son: la autoeficacia, la búsqueda de seguridad, las expectativas y la autoestima, todas ellas relacionadas con las ideas que los cuidadores (los padres principalmente) dan al niño sobre sí mismo.

La autoeficacia habla de las condiciones que hacen competente a un sujeto para enfrentarse a los obstáculos de la vida cotidiana, aun así, no sólo es necesario tener las habilidades para la resolución de problemas sino también creer que se tienen, así las acciones reales y el ámbito de lo mental confluyen, pues la sensación de control es un elemento importante a la hora de desarrollar este sentido de autoeficacia; la eficacia hace más felices a las personas pues les facilita la vida, además de hacer mayor la satisfacción que tienen consigo mismas (Del Barrio, 2000).

En relación con la depresión, siguiendo a la misma autora, hay que tener en cuenta que el éxito genera gusto y el fracaso descontento, cuando las experiencias de fracaso se repiten a lo largo de la vida puede aparecer la depresión, esto por la sensación de incapacidad, torpeza o falta de control y también porque la falta de recursos para hacer frente a los obstáculos trae consigo acontecimientos o experiencias vitales negativas. Un asunto para tener en cuenta es que el niño se siente eficaz en la medida en que sus padres le demuestren que lo ven como eficaz.

Considerando que, las expectativas son formas de anticipaciones del futuro, en ellas aspectos sociales y aspectos personales del sujeto interaccionan de una forma compleja, se dice que la felicidad se encuentra cuando las expectativas y los logros se corresponden y esto brinda equilibrio emocional, en el caso contrario, cuando estos elementos se desajustan, el niño puede sentirse desesperanzado y la desesperanza está muy cerca de la depresión (Del Barrio, 2000).

Por otra parte, según la autora, está el afrontamiento que es la capacidad de resistir los reveses de la vida y de generar estrategias que permitan enfrentar lo amenazante en el ambiente, esta habilidad necesita entrenamiento para fortalecer el aguante y la voluntad, esta última es una característica necesaria para obtener con esfuerzo lo que se desea, lo cual es a su vez fuente de satisfacción cuando se alcanza.

En tanto a la autoestima, el sentirse querido y valorado, es lo que hace que el niño empiece a verse a sí mismo de una forma positiva, los comentarios que escucha sobre sí, van formando su yo y le dan una idea de la valoración social que se tiene de él; dice Del Barrio (2000) aludiendo a Freud, que una de las mayores pérdidas que se pueden experimentar es la pérdida de la estima de sí, por lo tanto en este

escenario, aparecen sentimientos de tristeza y desesperanza, incluso aparece la depresión.

DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión como sintomatología contemporánea.

Según la OMS (2018), la depresión resulta de la interacción entre factores biológicos, sociales y psicológicos, cuando es moderada o grave puede causar gran sufrimiento y alterar el curso normal de la vida del sujeto en los ámbitos laboral, escolar y familiar, tanto así que es la principal causa de discapacidad a nivel mundial, su consecuencia más grave es el suicidio, el cual es la segunda causa de muerte en personas entre 15 y 29 años.

Su desencadenamiento puede ir en dos vías, una endógena que hace referencia a la interioridad del sujeto, a sus características mismas, y otra exógena, que está relacionada con los vínculos y las relaciones que mantiene en su vida cotidiana (Bouquet y Cuervo, 2007).

Del Barrio (2000) plantea que puede ser bipolar, si los episodios depresivos se intercalan con episodios maníacos, o unipolar si sólo se presentan síntomas depresivos; se puede diferenciar también entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico; por estas definiciones, a la hora de realizar un diagnóstico diferencial de depresión es importante incluir su tipología.

Desde la psicoterapia interpersonal se consideran factores de riesgo en la aparición de episodios depresivos la ausencia de relaciones interpersonales significativas, la pérdida temprana de la madre, el tener tres o más hijos menores de catorce años, el estar sin trabajo y el pertenecer al estrato social inferior (Heerlein, 2002)

La perspectiva cognitiva de la depresión

Desde posturas relacionadas con la psicología cognitiva, se plantea que el sustrato psicológico de la depresión se encuentra en tres factores fundamentales: 1. La triada cognitiva, 2. Los esquemas y 3. Los errores cognitivos en el procesamiento de la información.

La triada cognitiva está compuesta factores como la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, la tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa y una visión negativa sobre el futuro (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 2010).

Estos mismos autores definen los esquemas como la regularidad en las interpretaciones de un conjunto determinado de situaciones, estos patrones cognitivos estables son la base para transformar datos en cogniciones. En estados como la depresión, las conceptualizaciones sobre ciertas situaciones se distorsionan y ajustan a esquemas inadecuados, así la organización cognitiva llega a ser independiente de la estimulación externa.

En cuanto a los errores en el procesamiento de la información, estos son seis: 1. Inferencia arbitraria, consiste en llegar a una conclusión sin evidencia o con evidencia contraria a la conclusión. 2. Abstracción selectiva, en esta se centra en un detalle fuera del contexto, ignorando información relevante. 3. Generalización excesiva, es elaborar una regla general y aplicarla a situaciones tanto relacionadas como inconexas. 4. Maximización y minimización, así se distorsionan los eventos. 5. Personalización, es atribuirse a sí mismo fenómenos externos sin base para hacer tal conexión. 6. Pensamiento absolutista y dicotómico, se clasifican todas las experiencias según categorías opuestas. (Beck et al., 2010)

Así, desde esta perspectiva, la depresión está relacionada con cogniciones que resultan desadaptativas y que generan malestar en el sujeto en todos los ámbitos de su vida.

Lo específico de la depresión infantil.

Según Victoria Del Barrio (2000), la depresión infantil (en adelante DI) es una categoría psicológica relativamente nueva, ya que, desde las corrientes teóricas de la psicología clásica, se planteaba implícitamente la idea de que los niños no se deprimían. Por ejemplo, la psicología dinámica, al considerar que en los niños no hay un yo constituido y que por ende no puede existir una pérdida de estima sobre él, desestimaba la idea de la DI. También esta autora dice que, el conductismo, al estar enfocado en la conducta, desatendía los problemas en el estado de ánimo.

El proceso de reconocimiento y estudio de la DI empezó gracias a los estudios de Seligman sobre indefensión aprendida, la publicación de las actas del congreso del NIMH – National Institute of Mental Health y la publicación del DSM III, realizados entre los años 1975 y 1980. Estudios que pusieron sobre la mesa la realidad innegable de la depresión en los infantes (Del Barrio, 2000).

Sintomatología de la depresión infantil

Con investigaciones realizadas a partir de los años 80's del S. XX, se sabe que los primeros síntomas de la depresión hacen su aparición entre los 6 y los 8 años y que el hecho de pasar por un episodio depresivo temprano aumenta el riesgo de sufrir depresión en la edad adulta (Pérez, Rivera, Soto, y Muñoz, 2011; Ulloa, de la Peña, y Nogales, 2011).

Los síntomas de la DI pueden ser diferentes a los de la depresión adulta, aunque tienen también sus características compartidas, algunas de ellas son: sufrimiento por vivir, auto-desprecio, sentimientos corporales displacenteros, pérdida de la energía y del interés, incomunicación, alteración del ciclo circadiano, entre otros; las primeras etapas de la depresión en la infancia están asociadas a signos como molestias gástricas, agresividad, negativismo, trastornos de la conducta, rechazo o fobia escolar, etc. (Guillén, Gordillo, Ruiz, Gordillo, y Gordillo, 2013).

Siguiendo con las características del cuadro depresivo, este se puede identificar en niños que muestren las siguientes conductas o manifestaciones: hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar, llora mucho, se hace daño a sí mismo o ha intentado suicidarse, no come bien, se cansa demasiado, duerme menos que la mayoría de los niños o duerme más que la mayoría de los niños de día o de noche, habla de querer matarse, no duerme bien, es infeliz, está triste, cree que tiene que ser perfecto, es poco activo, lento o le falta la energía, se siente inferior o cree que no vale nada (López, Alcántara, Fernández, Castro, & López, 2010).

Causales de la depresión infantil

Según la concepción de Victoria del Barrio (2000), es difícil establecer clara e inequívocamente las causas de la depresión en los infantes, aun así, es posible establecer dos categorías que las engloban: una hace referencia a la individualidad de cada sujeto y sus características tanto físicas como psicológicas y la otra se refiere al entorno circundante, es decir que el espacio social donde el niño se inscribe influye en la aparición de los cuadros depresivos.

En esta vía, entre los factores de riesgo propios del sujeto, que menciona Del Barrio (2000), se encuentran factores psíquicos como la personalidad, esta es un conjunto de características que permiten predecir la conducta de una persona a futuro o sus tendencias de respuesta ante diferentes estímulos.

La personalidad está constituida tanto por componentes biológicos o innatos como por las experiencias que se acumulan a lo largo del ciclo vital; cuando se habla de la dimensión fisiológica, se está haciendo referencia al temperamento, este se divide en tres rasgos básicos: sociabilidad, emocionalidad y actividad, aspectos ligados a la depresión (Del Barrio, 2000). Como menciona esta autora, la emocionalidad excesiva hace incontrolables las reacciones emocionales, la sociabilidad deficiente hace difícil la comunicación y la falta de actividad aminora la facultad de tener experiencias.

Hay dos dimensiones de la personalidad que, según Victoria del Barrio (2000), han sido ligadas a la depresión, estas son el neuroticismo y la introversión. En cuanto a la introversión, los niños poco sociables, retraídos, tímidos y que tienden a la soledad, necesitan más atención, pues tienen más riesgo de llegar a estar deprimidos, mientras que los niños extrovertidos, comunicativos, socialmente activos, que disfrutan de la compañía de los demás y se les facilita el contacto social, tienen una especie de escudo que los protege frente a la depresión. Por otro lado, se encuentra el neuroticismo, que muestra sujetos hipersensibles e inestables emocionalmente que corren riesgos más altos de caer en la depresión.

Es interesante pensar también el asunto de lo biológico pues si se encuentra un caso en el que la depresión sea endógena por un desnivel en las hormonas que afectan el comportamiento y el estado anímico

sería adecuado pensar la intervención también desde lo orgánico o desde la modificación de las sustancias que afectan el organismo

Estudios realizados han demostrado que se presentan trastornos depresivos y de ansiedad cuando existe una deficiencia en la síntesis de serotonina, o por una desregulación en la síntesis de la noradrenalina. Además, las investigaciones realizadas no han dilucidado sí se deba a una deficiencia o una sobre activación en su síntesis (Acosta et al., 2011)

En esta definición se muestran las causas de una depresión endógena, que parte desde la interioridad del sujeto por sus características propias y particularidades en su proceso de estructuración psíquica o de su configuración biológica. A continuación, se mencionan factores que pueden ser causantes de una depresión reactiva, que parte del medio que rodea al sujeto o de circunstancias vitales que rompen con el transcurso de la vida normal.

Factores psicosociales de la depresión infantil

La depresión en la infancia puede resultar de la conjunción de diferentes elementos externos al niño, entre ellos el ambiente social o cultural en el que se inscriben, las dificultades en el seno familiar, asuntos relacionados con lo económico que resulten problemáticos, dificultades escolares o con los pares, entre otros, ya que es bien sabido que

Los menores de edad resultan los depositarios y víctimas más vulnerables de la inadecuación del medio en el que se encuentran inmersos, así como de la falta de recursos para su óptimo desarrollo; la cobertura de elementos esenciales como la alimentación, cuidado, protección, afecto, entre otros, resultan necesarios para el adecuado crecimiento físico, social y emocional del niño.(Chávez et al., 2017, P.512)

Algunos de los acontecimientos traumáticos que irrumpen en la vida del niño y que tienen una acción depresógena son la separación de los padres, la privación afectiva, la muerte de un ser querido, el maltrato, el abuso sexual, los cambios de colegio, el terrorismo, la guerra, los incendios, las inundaciones, entre otros.

Con respecto al ámbito familiar, es necesario el equilibrio y el cuidado físico, mental y emocional por parte de todo el grupo familiar hacia los infantes, ya que este es el periodo de la modelación de conductas y de estructuración psíquica del sujeto

Los padres han de saber aceptar al niño como es, dosificar la atención, elogiar las conductas adecuadas, e indicar el modo de hacer las cosas bien, sin usar descalificaciones. Las expectativas excesivas son una certera fuente de inseguridad y malestar emocional. (Del Barrio, 2011, P.41)

Es importante brindar atención a los niños, sobre todo en los momentos más tempranos, para que crezcan con la sensación de estar protegidos, de ser tenidos en cuenta y de ser valiosos, evitar también la exposición a eventos que generen malestar o puedan ser causantes de tensiones imposibles de resolver para el infante por sí solo, ya que son factores influyentes en DI: la falta de comunicación, las situaciones de maltrato y violencia, la deprivación sociocultural y el consumo de sustancias por parte de algún familiar directo (Loubat, Aburto, & Vega, 2008, P.192)

En la psicología conductual, se plantea la aparición de la depresión desde una deprivación que lleva al sujeto a actuar con patrones de escape o evitación, esta explica

El estado depresivo como consecuencia del descenso del reforzamiento positivo que se originaba por la falta de emisión de conductas adaptativas; es decir, de acciones que podían llevar a

obtener una gratificación por el contacto con otras personas o directamente por las mismas actividades. (Barraca, 2009, P.24)

Desde esta óptica no se considera al sujeto como enfermo sino como preso de una situación que no lo recompensa, se plantea que la depresión debe desbiologizarse y se debe también desculpabilizar al sujeto, pues se considera la respuesta depresiva como una forma de afrontamiento, quizá la única con la que cuenta el paciente tras el evento desencadenante que lo aleja de su modo de vida normal.

Otro factor que puede ser desencadenante de una depresión es el asunto económico, en el caso de la DI, tanto la falta de dinero como su exceso son factores de riesgo, Hay mayor incidencia de perturbaciones en clases sociales deprimidas, puesto que tienen menor acceso a la prevención tanto primaria como secundaria... No obstante, una buena situación económica también puede generar una mayor permisividad, e incrementarlos. (Del Barrio, 2011, P.38)

"También el exceso de dinero puede producir saturación en el niño, y entonces el deseo y la ilusión desaparecen, facilitando la aparición de la depresión. Los padres deben educar de modo que el niño haya de esforzarse por adquirir lo que desea." (Del Barrio, 2011, P.40)

A pesar de los asuntos mencionados, es importante considerar que el número y la intensidad de los acontecimientos vitales estresantes son factores que favorecen la incidencia de la depresión pero actuando siempre en función de la personalidad (Alonso, 2001 P. 59)

Tratamientos contemporáneos de la depresión

A la hora de pensar en el modo de tratar la DI se encuentran varios caminos, interesa presentar tres opciones de tratamiento más comunes en el medio; por una parte, está el uso de fármacos, principalmente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), por otra la

psicoterapia en sus diferentes vertientes y una última, las intervenciones alternativas, como el tratamiento con mascotas. En lo consecuente se ampliará esta información.

Terapia farmacológica

El primer medicamento utilizado para tratar la depresión infantil fue un antidepresivo tricíclico llamado: Imipramina (Healy, Noury, y Jureidini, 2018), al no confirmarse su eficacia, a inicios de los años 2000, la depresión comienza a ser tratada con ISRS, estos se usaron tanto en niños como en adolescentes, sin contar con que su uso aumentara el riesgo de autolesiones y de comportamientos potencialmente suicidas en población joven; debido a la revelación de datos que probaban la poca eficacia de estos medicamentos y su alto riesgo se prohíbe el uso de paroxetina, sertralina, citalopram, mirtazapina, fluvoxamino y venlafaxina en menores de 18 años, dejando abierta la posibilidad de usar fluoxetina aunque con las respectivas advertencias de su riesgo (Peiro, Cervera, y Bernal, 2005).

Otras de las consecuencias del uso de ISRS que puede encontrarse en la literatura, son la muerte súbita por causas cardíacas, el adormecimiento genital inmediato (que con el tiempo puede pasar a ser más permanente e imposibilitar el desarrollo de una vida sexual normal), la disminución en la velocidad del crecimiento, el aumento de peso, la desinhibición de la conducta, abortos espontáneos en adolescentes o adultas jóvenes, entre otros (Healy et al., 2018). Aun así, los ISRS se sugieren como

primera opción en el tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes, de entre ellos, la fluoxetina ha probado su eficacia en el tratamiento de estos trastornos; asimismo, también es sugerida la psicoterapia cognitiva, ya que conjuntamente, ofrecen la mejor alternativa para el tratamiento de las depresiones

infantiles(Acosta, Mancilla, Correa, Saavedra, Ramos, Cruz y Niconoff, 2011, P.23).

A pesar de los factores de riesgo mencionados se aconseja en cada caso, hacer un análisis específico y establecer si resulta razonable el uso de estos psicofármacos, por ejemplo, determinar su uso, con qué grupos etarios y durante cuánto tiempo(Healy et al., 2018).

Intervenciones Psicoterapéuticas

Por el lado de la psicoterapia, se encuentran varias opciones, las más recomendadas son la terapia conductual, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal (TIP), ya que son las que se han mostrado más efectivas en el tratamiento de la DI (Zhou, Hetrick, Cuijpers, Qin, Barth, Whittington, Cohen, Giovane, Liu, Michael, Zhang, Weisz, y Xie, 2017).

Aun así, los autores sugieren la psicoterapia en la depresión leve o moderada y el uso de fármacos en la depresión severa, ya que esta no remite sólo con tratamiento psicológico.

La terapia conductual.

Por el lado de las terapias conductuales, se encuentran la activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD), ambas con más similitudes que diferencias, su objetivo es lograr un cambio en la conducta de la persona, ayudando a que la depresión actual remita y que no se den recaídas a futuro. Algunas de las actividades básicas en las que se basan estas formas de intervención son el fijar objetivos, jerarquizar y programar, esto como forma de lograr un cambio conductual o una activación que lleve a cambiar pensamientos y sentimientos (Barraca, 2009).

Uno de los postulados de las terapias conductuales, es que el sujeto no sale del estado depresivo por la recompensa que obtiene con las manifestaciones depresivas, estas vendrían siendo las ganancias secundarias, la AC propone trabajar con el círculo cercano del paciente y comprometerlos a no recompensar las declaraciones depresivas sino la activación y el abandono de conductas de evitación; esto en parte, por el giro en la perspectiva de análisis que se propone desde el conductismo, el pasar de la óptica de lo intrapsíquico a la óptica relacional, considerando las consecuencias que tiene el accionar del sujeto en su entorno inmediato (Barraca, 2009).

La terapia cognitivo-conductual (TCC)

Desde este tipo de intervenciones se propone el control de pensamientos negativos mediante el uso de diferentes técnicas, entre ellas se encuentran: hacer un alto mental, gritar, tirarse un poco de agua en la cara, levantarse e ir a otro sitio, distraerse, hacer viajes mentales, pensar en las vacaciones, en su lugar favorito o en el futuro, ejercitar la imaginación y pensar en todos los detalles posibles (Madrigal, 2004). Lo anterior se puede unir a identificar reforzadores efectivos y suministrarlos con el fin de modificar la conducta.

La terapia interpersonal (TIP)

Esta psicoterapia se centra en los problemas psicosociales del paciente, pone su foco en las conexiones entre patología y contexto psicosocial, da mayor importancia al presente examinando las relaciones actuales, a la vez que intenta intervenir en la formación de los síntomas y la disfunción social en el episodio depresivo presente (Heerlein, 2002).

Desde la TIP se considera que la aparición del trastorno trae modificaciones en el contexto psicosocial o interpersonal del sujeto. Lo psicosocial se refiere a los diferentes tipos de roles desempeñados por el

sujeto y a sus interacciones con el ambiente, ya que se asume que el rol es el punto de encuentro entre lo individual y lo que es presentado a los demás.

Se propone como misión de la TIP aliviar los síntomas del paciente y ayudarle a desarrollar estrategias para hacerle frente a sus dificultades en el ámbito social o interpersonal. Esta terapia está centrada en el presente del sujeto, considera el pasado sólo para tener una aproximación a cómo surge el síntoma y entender mejor la situación (Heerlein, 2002).

Tratamientos alternativos

A la hora de tratar la depresión también se ha pensado en tratamientos alternativos, uno de los que ha probado efectividad en población infantil es la terapia asistida con animales (TAA), ejecutada especialmente con perros; esta se desarrolla mediante sesiones semiestructuradas dirigidas por un profesional experto, se cree que su efectividad se da en gran medida por la integración de los ámbitos psiquiátrico, médico, psicológico y social (Garcés, 2017).

Según esta misma autora, algunos de los beneficios de este tratamiento son la mejora en la atención y su foco, el fomento por el respeto a las normas, la ayuda en la obtención de responsabilidades, la disminución de la agresividad, la facilitación en las relaciones interpersonales, la mejora en la autoestima, entre otros.

Esta terapia ayuda con el contacto afectivo, ya que busca que el paciente exteriorice sus afectos y sus estados anímicos, lo que a su vez trae una mejora en la comunicación con quienes forman parte de la vida del niño o adolescente.

METODOLOGÍA

Con el fin de alcanzar el objetivo propuesto en este estudio de carácter monográfico, se realiza una compilación bibliográfica que recoge tanto investigaciones contemporáneas como teorías clásicas sobre el desarrollo infantil y la depresión en la infancia, esto con el fin de lograr una aproximación y un análisis crítico e informado sobre la problemática en cuestión.

El primer paso a la hora de construir este estudio fue la elección y delimitación del tema a trabajar. Se define entonces, el tema de la depresión infantil, teniendo en cuenta sus causas, sus manifestaciones psicosociales y sus tratamientos desde las prácticas contemporáneas.

Para la construcción de este estudio se definió como objetivo, analizar desde la psicología las causas, las manifestaciones psicosociales y los métodos de tratamiento de la depresión infantil; con base en el cual se hace una categorización inicial.

Así, las categorías teóricas establecidas, que hacen posible el cumplimiento de dicho objetivo son: El desarrollo infantil, la parentalidad, La depresión y como eje central la depresión infantil, apartado en el que se aborda, sus causas, desde lo psicológico subjetivo y los factores psicosociales, su sintomatología y tratamiento.

En términos de antecedentes, para hacer seguimiento a este objeto de estudio, se recolecta información desde diferentes fuentes contemporáneas de investigación, para lo cual, se analizaron estudios de prevalencia de la depresión infantil a nivel mundial, nacional y regional, encontrando contrastes significativos en la presencia de depresión en la infancia entre diferentes regiones.

En síntesis, para elaborar el presente proyecto de investigación teórica, se consultan y se analizan una cantidad significativa de textos resultado de investigación, así como conceptualizaciones de diferentes autores, todas estas halladas en 27 artículos de revista, 12 libros entre físicos y virtuales, 3 tesis de pregrado, 4 bases de datos bibliográficas, 2 informes de instituciones gubernamentales de Colombia y 1 reporte de la OMS.

Finalmente se pasa a la redacción del texto final, su escritura se desarrolla con base en el análisis llevado a cabo por la autora de los diferentes textos y resultados de investigación consultados y con las diferentes sugerencias, aportes y correcciones del asesor académico.

ANÁLISIS

Después de haber hecho un recorrido teórico por investigaciones y los conceptos concernientes a la depresión infantil, se pasa a hacer una triangulación de la información, así lo referido en los antecedentes y en el referente conceptual, son la base para el presente análisis, el cual, permite dar respuesta a la pregunta de investigación.

En este apartado se tocan entonces, las categorías que dieron soporte a esta investigación teórica: la DI como problemática, la depresión desde el desarrollo infantil, causales y sintomatología de la DI, factores psicosociales, ¿Y qué de los niños? y ¿qué hacer frente a la DI?, las cuales se pasan a desarrollar.

La Depresión Infantil como problemática

Antes de abordar la Depresión Infantil (DI), es importante definir la depresión en general. A la hora de hablar de la depresión y de cómo aparece no se puede dar una razón única y definitiva, ya que todo indica que esta problemática psicopatológica aparece como resultado de la

conjugación de diversos factores, entre ellos, la disposición genética, los recursos psíquicos del sujeto y el ambiente social del cual se rodea.

Si se piensa en las manifestaciones depresivas, se encuentran diferentes signos que son muy dicentes y que guían en gran parte el proceso diagnóstico, estos están representado en las tres características que aparecen con mayor frecuencia en los pacientes depresivos: la abulia, la anhedonia y el sentimiento de tristeza, aun así, en la psicología, como en la mente humana, no hay signos patognomónicos por lo cual diferentes cuadros depresivos tienen diferentes características, lo que quiere decir que la tristeza, la falta de voluntad y la falta de goce no siempre están presentes en las depresiones.

¿Por qué hay poco interés en investigar sobre problemáticas infantiles internalizantes como la depresión en los niños?

El asunto de la DI parece ser de segunda categoría, resaltando que no se hace un gran esfuerzo por delimitarla ni encontrar a los sujetos que la padecen, siendo esto visible desde diferentes informes, como los de la OMS, que no hacen discriminaciones etarias de la presencia de este padecimiento, mostrando una dificultad a la hora de diagnosticar y dar seguimiento a los niños deprimidos.

Así pues, este es un contraste dicente, ya que la depresión es una de las principales enfermedades mentales que afecta a la población mundial, su estudio en población adulta es amplio y socializado, mientras que en el caso de la DI los estudios son pocos en volumen y los que se encuentran son poco difundidos.

Luego del acercamiento a la encuesta nacional de salud pública, es importante resaltar como a nivel de Colombia, ya comienza a tocarse el asunto de la depresión, aunque hay que decir que aun de manera incipiente, este es un asunto que requiere visibilizarse más.

Es de anotar, que desde dicha encuesta se privilegian otros temas, como la ansiedad o el TDAH, asuntos que pueden generar malestar en profesores, padres o cuidadores, por sus expresiones más activas, a diferencia de asuntos como la DI, donde los niños se repliegan en ellos mismos y las expresiones corporales y sociales generalmente no causan tanta incomodidad al otro.

¿Será que las problemáticas infantiles se trabajan o se teorizan sólo por el malestar que generan en los adultos, pensando más en ellos y su bienestar, que en los infantes y los padecimientos propios de sus estadios evolutivos o de los causados por los trastornos que aparecen con características propias en esta población?

En esta línea, una de las pretensiones de este trabajo es cuestionar la forma de acercarse a los padecimientos infantiles, lo cuales requieren ser estudiados por lo que representan en sí mismos, por el dolor y el sufrimiento que causan en los niños, ¿por qué es más sencillo para la población en general tener más empatía con los problemas del mundo adulto? Tal vez porque se ha olvidado la infancia propia, o porque se toma todo lo vivido en etapas tempranas como instrucción, así los castigos y humillaciones recibidas son tomadas como lecciones de vida y no como lo que son en realidad, agresiones con el poder de causar angustia y malestar subjetivo paralizante.

Hay que poner de manifiesto, que la DI es una categoría que se empezó a usar en los últimos 40 años, como menciona Victoria del Barrio (2000), antes de este periodo no se creía que los niños se deprimieran, estos postulados estaban basados en las corrientes psicológicas imperantes a mediados del siglo XX. Pese al tiempo que lleva la DI siendo reconocida por la comunidad académica, su delimitación no ha

sido suficiente, quedan diversos asuntos por dilucidar y por entender a mayor profundidad.

Siguiendo con la idea anteriormente mencionada, al ser la DI una problemática tan poco estudiada o tan poco difundida, más aún en el ámbito colombiano, es difícil que información útil llegue a las personas del común, las que no están involucradas en áreas afines a la psicología o la psiquiatría, por lo cual se plantea como necesario hacer llegar información a diversos grupos poblacionales, indicando cómo puede aparecer la depresión y cómo puede ser tratada, esto con el fin de disminuir las ansiedades familiares o sociales ligadas al desconocimiento.

La depresión infantil, a pesar de ser una problemática en aumento y de contar con estudios de prevalencia alarmantes, tiene realmente muy poca difusión, rara vez se toca este tema en los claustros universitarios e incluso los psicólogos suelen considerar que es un asunto que concierne más a la psiquiatría que a la psicología (Loubat, Aburto, y Vega, 2008)

Es problemático que los profesionales en psicología que deberían estar capacitados para detectar la DI no lo estén, este fenómeno puede ocurrir debido a la falta de estudio del tema en las facultades de psicología, a las pocas investigaciones en el campo, a la invisibilización de la problemática desde lo social o por considerar la depresión como un asunto de otros ámbitos no psicológicos, cuando lo que se puede observar en los estudios consultados, tanto en el rastreo de antecedentes como en las teorizaciones sobre la depresión en general, es que la depresión aparece por asuntos infantiles o episodios vividos en la infancia, bastante relacionados con el objeto de la psicología, pues reúne aspectos comportamentales, emocionales y relacionales.

Relacionado con la falta de interés en el sufrimiento infantil y la falta de conocimiento de algunos profesionales en el tema, es de anotar, que a pesar de haber realizado un amplio recorrido teórico sobre lo conceptualizado sobre la DI, no aparecen indicaciones sobre la tipología de la depresión en los infantes, falta explorar y precisar cómo surge cuando es endógena o reactiva, unipolar o bipolar; no se toca tampoco, el asunto de las crisis maníacas que aparecen frecuentemente acompañando los episodios depresivos en adultos ¿aparecen estas también en población infantil o son un asunto exclusivo de la edad adulta? Es esta una deuda conceptual y clínica, de las investigaciones realizadas hasta el momento.

Es por todo esto que la investigación en este campo es de gran importancia, ya que diferentes estudios han mostrado que la depresión aparece desde los 6 años (se diagnostica a esta edad por el uso de la palabra por parte del sujeto, en edades más tempranas es difícil detectarla, pues las manifestaciones son meramente somáticas), el hecho de pasar por un episodio depresivo en edades tempranas de la vida, es un precedente para la repetición, así quienes sufren depresiones en la edad adulta pudieron haber pasado también por episodios depresivos en la infancia (Pérez, Rivera, Soto, y Muñoz, 2011; Ulloa, de la Peña, y Nogales, 2011).

¿Será que al poner un padecimiento infantil como presagio de un trastorno en la adultez se le pondrá más atención a este? Desde diferentes perspectivas se plantea la importancia de la prevención, es mucho más fácil y más rentable evitar que un mal aparezca que curarlo y tratar las dificultades resultantes, en este sentido, estudiar la depresión en la infancia, dejar claros los parámetros para su detección y tratamiento es una inversión a largo plazo, pues se pueden evitar

recaídas que por lo general llegan con más fuerza y son más incapacitantes e inclusive más costosas para el sistema de salud.

La depresión desde el desarrollo infantil

Desde las conceptualizaciones de distintos autores, como Freud (1938) y Klein (1948), al inicio de la vida hay desintegración psicológica, es así como los infantes pasan progresivamente de un estado en el que la facultad para dar significado a los estímulos es nula, a uno en el que las representaciones se van conformando, dando sentido a las vivencias.

En etapas tempranas, los niños no son susceptibles a interpretar los acontecimientos vitales, pero es a medida que se avanza en el desarrollo, que estas interpretaciones se van haciendo más exactas y la regularidad de las acciones cotidianas poco a poco van dotando de sentido las experiencias de la vida diaria.

Teniendo esta perspectiva en mente, es de esperar que las irregularidades en momentos tempranos de la vida causen malestar y desregulación de los procesos que se venían dando, así pues, entre más temprano aparezca la DI más problemáticas puede generar en la vida consiguiente, pues esta irrupción podría alterar e inclusive detener el desarrollo y no permitir que el niño avance a otros estadios del desarrollo humano normal.

¿Cómo se reconoce el niño como ser autónomo y se diferencia del mundo que lo rodea? Esta pregunta se podría resolver básicamente con la construcción del self, el cual, como se ha mencionado es un proceso que para su consolidación se requieren varias condiciones, en principio toma la representación que tiene el objeto maternante en sí mismo, también, las opiniones de los otros significativos sobre el sujeto niño y las experiencias de éxito y fracaso del éste.

¿Qué esperar entonces, si estas consideraciones están puestas en negativo? Es decir, si el objeto se representa a sí mismo como malo y las percepciones que tiene sobre el niño es que es malo, la construcción del self se podrá ver vejada por las condiciones negativas que rodean al infante, por lo que bien podría aparecer una depresión; además, si las experiencias que tiene el sujeto son más de fracaso que de éxito, las predicciones del futuro pueden llegar a ser negativas.

El asunto anterior puede ser relacionado con la triada cognitiva en la depresión propuesta por Beck (2010), en la cual la percepción negativa de sí mismo, de los acontecimientos vitales y del futuro toman relevancia en la aparición de la sintomatología depresiva.

Así las cosas, durante los periodos primigenios habría que porfiar por explorar los aspectos positivos del sujeto en emergencia, con el fin de propiciar el sano desarrollo y el sentimiento de competencia tan necesario para enfrentar el mundo.

Es de anotar que siendo esta una condición psicoafectiva, está íntimamente ligada con lo ambiental, relación con el objeto, lo cual, a su vez conforma la interioridad del niño, considerando como lo plantea Winnicott (1960), que en momentos primarios lo externo es el suministro de lo que hay en el interior del sujeto, así, si el niño se ve rodeado de un ambiente contenedor su contenido psíquico será adecuado y adaptado, por el contrario, cuando el ambiente es hostil los contenidos interiores serán hostiles y negativos.

Es importante reflexionar que no hay distinciones muy claras o muy marcadas entre el adentro y el afuera en etapas tempranas, este límite se va configurando más o menos con el proceso vital, por tanto, es fundamental garantizar que los niños estén rodeados de ambientes más benéficos desde el inicio de la vida.

¿Los niños que no han nacido del deseo materno pueden tener más posibilidades de enfermar? Teóricamente puede tenerse más tendencia, aunque es necesario, conocer cada caso. Lo que sí se puede afirmar, es que no estar en un inicio en el deseo materno, o estarlo de forma confusa, siempre conlleva consecuencias, entre ellas la depresión infantil, que es el objeto de este estudio.

Cuando un niño vive el rechazo o la ambivalencia materna, está en desventaja frente a los recursos que otros niños pueden tomar de sus madres.

Así pues, el desarrollo infantil está fuertemente ligado a los espacios en los que el niño se inscribe, esto también se ve sustentado por la idea vygotskyana (Martinez, 1999), de zona de desarrollo próximo, la cual plantea que los infantes alcanzan niveles de desarrollo dependiendo del ambiente social que los rodea, ya que la comunicación y el contacto social con otros dinamiza los procesos subjetivos.

Así, los niños que tienen la posibilidad de compartir con adultos o con otros más capaces que ellos, alcanzan niveles de desarrollo superiores, estos eventos se ven posibilitados cuando el niño es bien recibido en la familia o en general por su entorno social, ya que un niño que es rechazado, incluso desde su concepción, estará relegado a espacios donde el compartir sea mínimo y con esto las posibilidades en su óptimo desarrollo disminuyen.

Considerando a Winnicott (1960), la disponibilidad materna es vital para el desarrollo psicoafectivo, en el amor y la asistencia de la madre se forma el self, cuando no hay espacios contenedores las detenciones en el desarrollo son un asunto esperable, lo que agrava cualquier tipo de psicopatología futura, pues las fijaciones en ciertas etapas son causa también de diferentes trastornos psicológicos.

Otro aspecto importante de analizar, es lo relacionado de la DI con el sexo, así, se encuentra en diversos estudios que existen diferencias en la aparición de la DI según el sexo (Mantilla et al., 2004; Abello et al., 2014; Vinaccia et al., 2006), afirman que la depresión es mayor en varones en edades tempranas, pero que a medida que la edad avanza, sobre todo cuando se acerca a la pubertad, la depresión aparece más frecuentemente en el sexo femenino, esto posiblemente por exigencias culturales y por renuncias que se les piden a las niñas para alcanzar la madurez y la feminidad, renuncias que culturalmente no hacen los niños.

¿Podría ser entonces, la depresión un asunto diferenciado por sexo? Ya se ha visto que sí, la etapa crítica y decisiva en la que se nota esta diferencia es la adolescencia, porque es cuando aparecen las renuncias a la vida infantil y son mayores las exigencias psicosociales puestas sobre lo femenino que sobre lo masculino. Al respecto, Oriana Fallaci(1976, p. 29), increpa así.

Toda responsabilidad es para la mujer, como cada sufrimiento y cada insulto... Hace milenios que usáis nuestro cuerpo sin perder nada en ello. Hace milenios que nos imponéis el silencio y nos relegáis al papel de madres. En cualquier mujer buscáis una madre. A cualquier mujer le pedís que os haga de madre, incluso a vuestra propia hija. Decís que no tenemos vuestros músculos, y luego explotáis nuestro esfuerzo incluso para que os lustremos los zapatos. Afirmáis que no tenemos vuestro cerebro y luego explotáis nuestra inteligencia incluso para administraros el sueldo. Eternos niños, seguís siendo hasta la vejez niños a los que hay que dar de comer a la boca, limpiar, servir, aconsejar, consolar y proteger de vuestras debilidades y de vuestra indolencia.

Se pone de manifiesto que aun en el S. XXI, culturalmente sigue siendo aceptado poner más carga sobre el sexo femenino, en un contexto contemporáneo donde la mujer trabaja y atiende el hogar, mientras los hombres tienen permitido dejar parte de sus cargas sobre las mujeres, incluso desde que estas tienen muy corta edad.

Así pues, diferentes asuntos que aparecen en la infancia están en la base de la depresión, factores contextuales y de crianza influyen a la hora de que esta aparezca, por lo cual enfocarse en las primeras etapas vitales a la hora de estudiar la problemática resulta fundamental. Es importante también, explorar las experiencias infantiles, así como los momentos significativos y las predisposiciones ligadas a lo biológico como factores predisponentes que permiten llegar a conclusiones más exactas sobre la depresión.

Causales y Sintomatología de la Depresión Infantil

Cuando se habla de causales y sintomatología de la DI, es importante reconocer diferentes enfoques teóricos que han abordado este asunto, así, la psicología individual, dinámica y cognitiva, plantean la necesidad de un ambiente adecuado en los primeros estadios de la vida, que posibilitan en un infante la constitución yoica con la que asumirá el mundo; la psicología neurocognitiva propone un desarrollo de las habilidades cognitivas y funciones ejecutivas que permiten una respuesta personal y la cognición social, y la psicología social, aborda factores protectores y de riesgo, que dependen del contexto donde un niño se desarrolla.

Son estos aspectos teóricos generales, los que son necesarios entrar a desglosar al momento de tratar causas y síntomas de una problemática específica como la que convoca este estudio.

Causales

Pensar en causas de la DI implica tener presente desde el ámbito relacional, la importancia de los primeros vínculos objetales; así, es importante pensar en los aportes de teóricos que pone en evidencia el desarrollo psicoafectivo infantil.

Melanie Klein (1948), quien teoriza sobre el primer año de vida del niño, expone que tras el nacimiento del bebé la integración del psiquismo se dará primero de forma intermitente, pero se irá haciendo cada vez más regular; en el tránsito del niño a la integración este atravesará dos momentos en los cuales el sostén materno es de vital importancia, uno de estos es la posición esquizo – paranoide y otro la posición depresiva.

¿Qué pasaría si no se presenta sostén de la madre durante estas fases? Si el niño no es ayudado a salir del estado de desintegración casi total en el que se encuentra durante la posición esquizo–paranoide se configurará psicótico, si la detención se da en la posición depresiva, el infante no logrará relacionarse de una forma óptima con los demás, pues en este momento se da la integración de las representaciones y se aprende a reparar al otro cuando ha sido dañado, esto sería un precedente para su vida futura, ya que se le dificultaría la integración al mundo social y sus percepciones estarían disociadas o escindidas.

La depresión sería entonces, entre otros asuntos, una consecuencia, de dicho aislamiento afectivo que impide el vínculo con el mundo de forma tranquila y reparadora, por otra parte, dificultaría también el proceso de recuperación, ya que los aportes del entorno protegen y curan.

Otra autora que habla de la importancia del ambiente y la función maternante es Margaret Mahler, ella teoriza sobre el desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los tres años aproximadamente, durante este periodo el infante pasa por tres etapas el autismo normal, la simbiosis

normal y la separación individuación (Bleichmar, 2010; Galarza, 2006), en caso de que haya una detención en el desarrollo, o que por características biológicas el bebé no sea susceptible de recibir contención por parte de la madre o cuidador principal, se configurará psicótico, si la detención se da durante la separación individuación aparecerá un trastorno del carácter, si el infante avanza hasta el edipo se configurará neurótico.

Desde este planteamiento, la depresión podría aparecer acompañando cualquiera de los mencionados trastornos, pues no está relacionada con alguna falla en un momento específico, aun así, se podría esperar que la falta de contención o apoyo, que estaría en la base de la psicopatología desde esta postura teórica, aumente también la posibilidad de aparición del trastorno depresivo, ya que la falta de una figura de apego estable dificultaría también la introducción del sujeto al mundo social, es decir, es fundamental contar con los factores afectivos y de historia de vida para poder comprender cómo se origina en cada subjetividad esta problemática.

¿Puede estar relacionado el apego con la depresión?

Si se tienen en cuenta los postulados de Aaron Beck (2010) sobre la depresión, se encuentra que guardan parecido con la teoría Winnicottiana de la configuración del self, la cual hay que decir, guarda bastante relación con la teoría del apego propuesta por John Bowlby (Oliva, 2004).

El apego es un estado emocional que se desarrolla a partir de las relaciones con las figuras representativas, en los primeros momentos de la vida, de lo cual, depende la configuración del sí mismo; entonces, se podría pensar que cuando hay una falla en el desarrollo de conductas de apego sanas, llámese apego inseguro, se puede dar paso a la

configuración de esquemas mal-adaptativos, lo cuales son una de las tres características que plantea Beck como base de las depresiones.

Al estar el sujeto por su cuenta y no tener una figura central de apego ¿con qué base se van a formar sus representaciones? ¿Cómo va a configurar su self? Estas representaciones cruciales para el desarrollo sano de los seres humanos se verán viciadas, por lo cual podría aparecer la triada cognitiva planteada por Beck et al (2010), consistente en la imagen negativa que tiene de sí el sujeto, la tendencia a interpretar lo que le sucede o sus vivencias de forma negativa y la visión negativa que tiene acerca del futuro.

Por lo tanto, si no hay una reparación, asunto que bien podría resolver un cuidador más capaz o más interesado en el bienestar del niño, aparecerán errores cognitivos para procesar la información a nivel subjetivo y social, en ese sentido, quedaría ya la depresión configurada y con todos los elementos necesarios para convertirse en una patología que causa gran sufrimiento a quien la padece y a su entorno social inmediato.

De ahí la importancia del establecimiento de vínculos de apego fuertes y seguros, desde el ámbito popular se toma el concepto de apego como algo indeseable, los miramientos a su alrededor aparecen con connotaciones negativas, pero desde la psicología se considera un asunto fundamental, una necesidad primordial de todo ser humano, sobre todo en sus primeros años de vida, de este parte el sustento material y psicológico del sujeto en emergencia.

Ahora bien, hablando de las causas de la DI, desde el punto de vista social, hay mayor probabilidad de que aparezca cuando hay ansiedad, estrés social y sentimientos de incapacidad, asuntos íntimamente ligados a lo ambiental y a la crianza, al igual que la autoestima negativa

y el retraimiento social, los cuales no son innatos sino que son el resultado de la exposición a un entorno poco favorecedor, entendiéndose el entorno como el contexto inicial, a nivel familiar y de socialización primaria.

Sin embargo, en muchos estudios de orden social, se sigue pensando como causal de la depresión, en tanto un factor poco favorecedor, asuntos relacionados con la pobreza material, así, es común encontrar estudios donde mencionan la pobreza como factor de riesgo para la depresión (Chavez et al., 2017; Del Barrio, 2011), si bien las condiciones de vida materiales precarias son un componente de riesgo innegable, debe haber algo más, algo que trascienda la posición económica o ambiental, no hay que tomar la pobreza como excusa para todo malestar psicosocial.

Del Barrio (2011), propone que los malestares psíquicos aparecen también en los estratos socioeconómicos altos, aunque lógicamente con otras características. Por ejemplo, las clases sociales más favorecidas tienen problemas también para brindar lo justo y necesario a sus niños, pues por la abundancia pueden tender a saturar a los infantes, así, al darles más de lo que necesitan anulan el deseo y aparece la abulia y la anhedonia.

Así las cosas, es vital que los niños se esfuercen por conseguir lo que quieren, como lo propone Victoria del Barrio (2011), ya que en las clases altas puede aparecer una mayor permisividad y por tanto una falta de supervisión o contención que acrecienten los síntomas depresivos.

Por otra parte, en las clases sociales deprimidas las problemáticas psicosociales y entre ellas la DI, tienden a notarse más, a causa de que, en esta población, se tiene menos acceso a programas preventivos,

como también un menor acceso a programas que propongan una cura o una solución a los trastornos psicopatológicos, razón por la cual estos pueden aparecer de una forma más fuerte y causar mayor malestar en el ámbito social y familiar.

Desde estos planteamientos, es de precisar, que la depresión es una enfermedad que puede aparecer sin distinción de nivel socioeconómico, pues hay otras variables que es necesario, tener presentes y que son significativas, porque afectan a los niños de forma determinante; variables estas a nivel psicológico y social, a las que no se les puede encontrar explicación desde el dinero o la falta de este.

Se puede decir entonces que un determinante para los niños es el contexto donde sus vidas se desarrollan y que en ese sentido, el rol de los padres es primordial, como lo demuestran autores clásicos de la psicología como Melanie Klein (1948), John Bowlby (referenciado en Bleichmar, 2005; Losada & Ribeiro, 2015; Oliva, 2004), Margaret Mahler (Referenciada en Bleichmar, 2010; Galarza, 2006; Guarín, 2005) o Donald Winnicott (1960), pues la contención y el apoyo brindado por estos, son factores protectores fundamentales para la prevención de la enfermedad mental.

Mientras que la negligencia y la poca tolerancia a las facetas del desarrollo del niño favorecen que el malestar aparezca, como se mencionaba en el capítulo sobre el desarrollo infantil, al no estar los infantes estructurados, el ambiente social puede fácilmente indisponer a los niños e incluso detener su desarrollo.

Otro enfoque teórico que vale resaltar, reconociendo que si bien, los factores psicosociales son importantes, son los aportes hechos por la psicología neurocognitiva; la cual plantea sobre esta temática, que en la

génesis de la depresión aparecen asuntos del desarrollo cognitivo a nivel hormonal, necesarios de tener en cuenta.

Al buscar causales de la depresión desde esta postura teórica, se encuentra que la disfunción del sistema neuroendocrino, que entre otras cosas, aumenta los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento, es un factor a tener en cuenta; también aparece como significativo, la disminución de la actividad de serotonina (neurotransmisor neuronal) y el efecto de la herencia, así en caso de que los padres sean depresivos los hijos tienen un mayor riesgo de pasar también por episodios depresivos (Garibay et al., 2014).

En el caso de los neurotransmisores, los que se han relacionado con la depresión son la serotonina y la noradrenalina, su deficiencia o desregulación, aparte de depresión, puede desencadenar también en ansiedad (Acosta et al., 2011).

Así pues, a manera de síntesis de este apartado, se entiende que la depresión es resultado de diferentes factores, entre los que más resaltan están, los recursos psíquicos del sujeto, el contexto social y también, las disposiciones genéticas, asuntos todos que se entremezclan y que en gran medida se configuran en la relación con el entorno y la crianza.

Sintomatología

Por otra parte, abordar la sintomatología de la DI, implica conocer algunos factores que se pasan a relacionar, en este sentido, para tener la certeza de que un niño está deprimido, se debe esperar a que este tenga por lo menos 6 años, ya que con el uso de la palabra es más factible llegar a un diagnóstico, aun así, para niños y adolescentes es difícil identificar y describir lo que están siendo (Acosta et al., 2011).

Sin embargo, no se puede hablar de la inexistencia de la depresión en periodos más tempranos, ya que no hay forma de probarlo, los signos depresivos en etapas preverbales están relacionados con la corporalidad, así, malestares que el niño pone en el cuerpo estarían dando cuenta de un trastorno psicopatológico como lo es la depresión (López et al., 2010).

Esto indica que la depresión, siendo un trastorno concerniente al psiquismo, pasa por el cuerpo, así sus manifestaciones, sobre todo en etapas tempranas, están puestas sobre sentimientos de incomodidad con el propio cuerpo y, además, afecta la vida social de quien la padece, lo cual muestra la importancia de tener miradas integrales al momento de analizar las dificultades psicológicas.

Algunas de las características que aparecen con más frecuencia en la depresión, tanto de niños como de adultos, están relacionadas con el sufrimiento por vivir, el auto-desprecio, los sentimientos corporales displacenteros, la pérdida de la energía y del interés, la incomunicación, la alteración del ciclo circadiano, entre otros; pero si se limita a la depresión infantil y sus primeras etapas, se encuentra que su sintomatología está asociada a signos como molestias gástricas, agresividad, negativismo, trastornos de la conducta, rechazo o fobia escolar, etc. (Guillén, Gordillo, Ruiz, Gordillo, y Gordillo, 2013).

También se relaciona la DI con problemas en la función ejecutiva, por lo cual a los infantes que presentan sintomatología depresiva, se les dificulta seguir, ajustar, regular e inhibir respuestas automáticas (Gómez & Barrera, 2012), así pues, la depresión puede traer problemas escolares, en parte también por dificultar la lectoescritura (Borges & Angeli, 2016).

Se pueden enlistar las principales manifestaciones depresivas en los niños, siendo estas las siguientes, hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar, llora mucho, se hace daño a sí mismo o ha intentado suicidarse, no come bien, se cansa demasiado, duerme menos que la mayoría de los niños o duerme más que la mayoría de los niños de día o de noche, habla de querer matarse, es infeliz, está triste, cree que tiene que ser perfecto, es poco activo, lento o le falta la energía, se siente inferior o cree que no vale nada (López et al., 2010).

Todos estos síntomas se pueden reunir pensando en lo que tienen en común, hay alteraciones en asuntos vitales, actividades que mantienen al niño sano y con vida, como los cambios en la alimentación, la ejercitación y el sueño, a su vez, pueden aparecer atentados directos contra la vida, como la autoagresión, las conductas de riesgo o los intentos suicidas; también aparecen asuntos relacionados con la interioridad del infante, pues brotan pensamientos de autoexigencia en los que tiene la idea de que debe alcanzar la perfección pero lo que hace o sus recursos y habilidades no son suficientes, apareciendo así el sentimiento de inferioridad; por otra parte está el asunto social, pues los depresivos tienden al aislamiento, ya sea por la falta de goce en el contacto con el otro o por la exclusión a la que se ven sometidos por los otros (Loubat et al., 2008).

Si bien, en el corto plazo las consecuencias directas de la DI están ligadas al fracaso escolar y al aislamiento, la enfermedad depresiva que no es tratada, a largo plazo puede traer al sujeto problemáticas como el consumo de sustancias, los trastornos de conducta e inclusive el suicidio (Mantilla et al., 2004).

Es evidente por todo lo expuesto en este acápite, como no abordar de forma adecuada la depresión cuando aparece en la infancia conlleva a trastornos del orden psicosocial, que es importante abordar en el siguiente apartado.

Los factores psicosociales

La importancia del entorno familiar

Dentro de los factores psicosociales que abordan la importancia para la subjetividad humana de los contextos sociales, la familia se convierte en un factor protector fundamental para la restricción de cualquier problemática, en tanto es la familia quien desde el proceso de crianza posibilita, o no, un desarrollo adecuado.

Así, desde todo lo anteriormente mencionado en el recorrido de este análisis, una crianza contenedora es de una importancia primordial; de este modo la crianza, siempre está íntimamente ligada a la familia y con el espacio social del que se nutre el infante.

Es común entonces, que desde diferentes posturas psicológicas se mencione lo esencial del componente ambiental, destacando la relación del sujeto con él mismo y con los otros que son significativos, así como la importancia de un ambiente contenedor y de figuras que sean hábiles en suplir las necesidades infantiles, sin invisibilizar al niño, sus demandas, sus emociones o sus necesidades propias, de ahí lo fundamental de la sensibilidad materna, que es básicamente la empatía y la capacidad de respuesta de la madre para con su hijo.

La familia como núcleo primario, por lo tanto, es un factor clave, pues ayuda a mitigar el peligro de padecer depresión, cuando da un lugar al niño.

La familia, representada por las figuras parentales, constituye significativamente el proceso de construcción identitaria de un niño, y cuando en este proceso aparecen dificultades, también tiene que ser la familia el factor de su recuperación. Pues los padres, son las figuras primordiales que, mediante la crianza, como cuidado y protección, fortalecen la personalidad del niño.

Así los infantes, en un período que se caracteriza por el alto grado de dependencia física y psicológica, son también vulnerables a toda alteración de los contextos donde se están desarrollando, donde las familias suelen verse afectadas, con situaciones como las violencias, intrafamiliar y social, situaciones de dependencia de los adultos significativos y otros aspectos que alteran la adecuada funcionalidad de las familias contemporáneas.

Así, un asunto para tener en cuenta es que cuando hay exposición a la violencia u otro tipo de las dificultades familiares o de contexto mencionadas, hay mayor probabilidad de desencadenar una DI, pues los niños quedan expuestos en su entorno familiar, a situaciones difíciles de asimilar que psicológicamente los puede afectar.

Es así como estar expuesto a malas relaciones familiares, a las discusiones de los padres y a la ansiedad familiar, que tradicionalmente, de manera equivocada, se han relacionado con la ausencia de recursos económicos, puede precipitar cuadros depresivos (Herrera et al., 2009).

De ahí que un factor protector frente a la DI sea la cohesión familiar, un asunto que nunca pasará de moda, pues se tiene en cuenta que las relaciones de calidad entre los miembros del grupo familiar, el compartir tiempo, tareas y responsabilidades ayudan al niño a sentirse integrante importante de la familia (Estrada et al., 2009), lo que le da confianza para el desarrollo óptimo de sus habilidades y facultades.

De tal forma, la armonía familiar es un factor que protege a los infantes frente a problemáticas como la DI, esto anclado a las capacidades parentales que sirven de apoyo y sustento a los niños, si los padres son receptivos y empáticos con sus hijos, estos estarán menos expuestos a factores estresantes como las peleas parentales, la violencia intrafamiliar, entre los padres o entre padres e hijos, la variabilidad en las reglas o en las pautas de crianza entre otros factores relacionados con la disfuncionalidad familiar que puede ser precipitantes de la depresión (Cuevas & Castro, 2009; Herrera et al., 2009; Loubat et al., 2008).

En síntesis, la vida familiar, por tanto, más íntima siempre se tiene que contemplar al reflexionar sobre la DI, pero también es necesario analizar el punto de vista social, el extrafamiliar, donde se tiene en cuenta a la comunidad, como una red más amplia de personas, en donde los niños se desarrollan, pero donde también se encuentran problemáticas, algunas relacionadas con creencias populares, en muchas ocasiones alejadas de la realidad de la DI, asunto que se pasa a plantear.

La depresión infantil en relación con la comunidad

Desde el ámbito comunitario, la DI suele considerarse un problema inexistente, Victoria del Barrio (2011), explica esto mencionando que las principales características de la vida infantil parecen oponerse a las manifestaciones propias de la depresión; así, para las personas del común, es muy difícil imaginar la falta de alegría y la capacidad de esfuerzo en los niños, por eso no creen que ellos puedan ser afectados por la depresión.

Al respecto es de anotar que la depresión en la infancia no suele tener expresiones claramente visibles o externalizadas, asunto por lo que es fácil para la población en general, pasar el asunto totalmente

desapercibido, tal vez pensando que si nunca han visto el fenómeno es porque no existe, cuando de hecho sí hay sintomatología que podría estar alertando la presencia de esta problemática, el asunto es poderla identificar eficazmente ya que un niño deprimido, generalmente, internaliza el malestar que siente, lo que quiere decir que su malestar no será fácilmente visible ya que puede estar representado en el agotamiento que sufre constantemente, las alteraciones en el sueño y la alimentación, la presión que siente por alcanzar la perfección, el sentimiento de minusvalía, la ideación suicida, etc. (López, Alcántara, Fernández, Castro, y López, 2010).

La invisibilización a nivel social puede agravar la problemática, ya que las manifestaciones suelen ser subestimadas, por lo que no se busca una atención oportuna al trastorno padecido.

A su vez, la DI es una problemática que puede traer también estigmatización o ideas comunes referidas a que la depresión se supera con voluntad o que sus exteriorizaciones son para "llamar la atención" y no algo digno de considerar.

En este sentido, Victoria del Barrio (2000), afirma que cuando los niños tienden a ser introvertidos, la soledad y el aislamiento social pueden precipitar una depresión, esto se ve agravado, además, porque un niño introvertido, suele ser presionado socialmente, porque en los contextos actuales la introversión no es el ideal; además en parte también en estos niños la dificultad se agrava porque al ellos alejarse y ensimismarse, se presenta poco acompañamiento, supervisión o vigilancia de sus estados emocionales por parte de sus figuras significativas.

Lo cual favorece las características de la depresión, que como se ha visto, son en gran medida internalizantes, es decir los niños retraídos pueden estar experimentándolas sin que otro se dé cuenta, lo que puede pasar para su círculo social como un rasgo de carácter podría estar dando cuenta de un estado depresivo (Del Barrio, 2011).

En cambio, los niños que tienen mayores capacidades para socializar, llámense extrovertidos, según esta autora, tienen un escudo que los protege de la depresión, esto haciendo referencia a que la vida social y las buenas relaciones con el otro, son de vital importancia para cualquier sujeto, pero sobre todo en la infancia, cuando las formas de exteriorizar sentimientos y comportamientos, es más compleja por el poco dominio del lenguaje y el poco reconocimiento de las propias emociones.

Por tanto, es importante la atención y el cuidado que se les pone a los niños, pues al vigilarlos de cerca los padres o cuidadores principales se pueden cerciorar de que no estén expuestos a estresores que no pueden resolver por sus propios medios y que los está poniendo en un estado de angustia que no puedan tramitar, esto relacionado con que la depresión puede ser una respuesta ante una contingencia y tal vez la forma más adaptativa que encuentra el sujeto para enfrentarse a la situación problemática.

El contacto social, por otra parte, genera cierto tipo de recompensas o refuerzos, asunto que fortalece el deseo de mantener el vínculo social y que, a su vez, al vincular al sujeto a una comunidad o hacerlo parte de un grupo social, lo dota de un sentimiento de valía que lo protege de la depresión.

Reconociendo lo anteriormente mencionado y si bien los factores sociales son importantes, no hay que perder de vista que estos por sí solos no desencadenan una depresión, estos siempre están en

interacción con los rasgo de personalidad del sujeto y con sus predisposiciones biológicas (Alonso, 2001), aun así, estos factores son susceptibles a ser tratados y modificados con el fin de hacer más feliz la vida infantil y por consiguiente disminuir las posibilidades de que un trastorno psicológico, como la DI, aparezca.

¿Y qué de los niños?

Este aparte es importante porque en este estudio siempre estuvo presente que la voz de los niños es poco escuchada al momento de teorizar o atender la DI.

Asunto que desde la psicología contemporánea es de cuestionar, cuando los niños hoy son tenidos en cuenta como personas con derechos, es decir, sujetos con voz que siempre tienen algo por aportar cuando de ellos se trata.

Sin embargo, desde el imaginario social, todavía a los niños se les continúa objetivando, tratándoseles como un objeto feliz, a futuro, que hay que hacerles todo, violentándoles en nombre de la educación para la vida y, además, muchas veces vulnerándoles sus derechos.

En esta línea, el infante desde el mundo adulto, es concebido como siempre alegre y motivado, características del todo opuestas a la depresión, así, desde la perspectiva de los adultos parece imposible encontrar un niño deprimido (Del Barrio, 2011), pero la realidad es que es afectado por problemáticas psicosociales al igual que cualquier otra persona.

Los infantes han sido deshumanizados en gran parte de la historia de la humanidad, incluso podría decirse que no se les considera personas en todo el sentido de la palabra, sólo se les ve en su potencial, en lo que podrían llegar a ser, pero no se pone mucha atención al presente

infantil, a los sufrimientos y los traumatismos que pueden encontrarse en esta etapa de la vida.

Aunque en el mundo contemporáneo desde el marco jurídico, se ponen los derechos de los niños por encima de los derechos de los demás ciudadanos, desde el imaginario social la infancia sigue siendo, un lugar idílico, carente de sufrimiento y de ansiedades.

Teniendo esto en cuenta y si bien, para una persona adulta es complicado pasar por un episodio depresivo, ¿no lo será más para un niño? considerando que posiblemente no ha aprendido a expresar sus emociones o sentimientos o que incluso es incapaz de nombrarlos o de pedir ayuda, en un momento donde todo lo dicho por el infante es puesto en duda o infravalorado, en un contexto donde los padres se niegan a cambiar los modos de crianza que usaron con ellos mismos, sin reflexionar sobre cómo estos pudieron lastimarlos en diferentes maneras.

Así, la violencia experimentada en la propia infancia puede ser replicada con los hijos, creando círculos de violencia de los cuales es difícil salir, estos patrones siguen poniendo a los infantes en una posición de desprotección, donde son propensos a recibir las descargas de los adultos, y como se mencionaba en capítulos anteriores, la exposición a la violencia y la convivencia con familias disfuncionales puede acarrear enfermedades como la depresión (Cuevas & Castro, 2009; Herrera et al., 2009; Loubat et al., 2008).

La infancia sigue relegada, sólo unos cuantos que han llegado a ocupar su tiempo en programas de protección o bienestar infantil tienen nociones de lo complicado que resulta ser niño en contextos vulnerables, donde las oportunidades son escasas tanto para ellos como para sus padres, donde los niños son usados como chivos expiatorios,

pues las dificultades que encuentran los adultos en su vida diaria las desquitan con sus hijos.

¿cómo vivirán los infantes los episodios de violencia dirigidos hacia ellos? Seguramente experimentan las mismas sensaciones que cualquier otra persona al ser sometida y humillada, rabia, desconcierto, dolor, angustia... la propuesta de este capítulo es pensar a los niños como sujetos de plena conciencia, capacitados para experimentar toda la gama de emociones humanas y para formarse ideas sobre ellas, también que estas ideas, aunque vagas en un principio, van a ir consolidándose con el paso del tiempo.

En la consolidación de estos imaginarios, que guiarán la vida del sujeto, tienen un papel fundamental los padres, pues de sus conceptos parte la autoimagen del niño, la idea que ellos tendrán sobre sus capacidades, sobre lo eficaces que son o sobre la estima que deben poner sobre su propia persona (Del Barrio, 2000), razón de más para pensar en la importancia de que los infantes vean a sus cuidadores como figuras confiables, que realmente protejan y que sus relaciones no estén mediadas por el temor.

Queda también por pensar el asunto de los cambios infantiles, la infancia está llena de variaciones y por esto mismo, hay muchos posibles eventos traumáticos que pueden generar malestar, esto anclado a la falta de atención al deseo infantil o la poca consideración a sus peticiones serias por parte de los cuidadores principales y el ambiente social del que se rodean los niños, lo cual, crea un ambiente propicio a la DI entre otras psicopatologías, pues el abandono y la negligencia suelen estar relacionados con diversos cuadros que aparecen en la infancia y llegan a ser causantes de molestia para todo el círculo social.

Aun así, hay que considerar también la resiliencia y la capacidad de adaptación de los niños. Si bien los cambios pueden generar malestar, es fácil que encuentren resignificación de las experiencias y la adaptación a nuevas circunstancias, pero hay que insistir que esto es posible cuando se les presta atención, se les forma con firmeza y desde el respeto, de sus condiciones propias, se les valora su palabra, sus emociones, sus intereses y deseos.

Este trabajo académico quisiera dar a entender la importancia de fijarse en el sufrimiento infantil, hacer ver que la infancia no es una edad idílica como muchos creen, tal vez por haber olvidado su propia infancia, sino también, una época de confusión, donde la información dada y recibida no siempre clara, donde se cuestionan los sentimientos, palabra y deseos de los niños, donde se invisibilizan o se llenan las necesidades infantiles con regaños u objetos.

La infancia puede llegar a ser una época traumática y no por saber a los niños resilientes se debe abusar de su capacidad para regenerarse y encontrar medios de repararse a sí mismos.

Cabe también anotar que, aunque el asunto de la depresión en la infancia lleva varias décadas de investigación y de teorización alrededor suyo, en el ámbito colombiano no ha sido trabajado de forma amplia, rigurosa o juiciosa, es valioso tener en cuenta el planteamiento de Abello et al. (2014), quien en su investigación anota que no hay modelos teóricos propios de Colombia, referentes a la depresión en la infancia y que las teorizaciones que se encuentran son en gran medida adaptaciones que se hacen de las teorías sobre la depresión en adultos, asunto que viene a dar cuenta de que la atención prestada al malestar infantil realmente es poca.

Las consecuencias de la falta de interés en desarrollar modelos propios y exactos para hablar de la DI se abordarán en el siguiente capítulo.

¿Qué hacer frente a la depresión infantil?

En este último acápite, se mencionan las propuestas o modos de acción que se proponen desde diferentes corrientes de la psicología, estos abarcan desde la prevención, en búsqueda de minimizar o que no aparezca la enfermedad, hasta el tratamiento y los modos de proceder cuando la enfermedad se hace presente.

Después del recorrido investigativo sobre este tema, queda la impresión de que los modelos de prevención e intervención aún siguen siendo poco profundos y poco eficaces para responder a esta problemática compleja, parecen muchas veces sólo respuestas dadas en términos generales para hacerle frente a una problemática que sigue siendo poco conocida, sin embargo, hay trabajos que muestran claridad temática, como los de Victoria del Barrio (2000, 2010, 2011), que abordan este problema de una manera integral, ya que logran hacer un recorrido amplio sobre el manejo de la DI, desde diversas dimensiones de acción de la vida humana.

Pero hay que decir que por, lo general, queda la sensación de dispersión a la hora de dar respuestas a preguntas sobre prevención o tratamiento de la DI, porque los tratamientos suelen ser una adecuación de modelos adultos, quizás excepto, la propuesta de terapia asistida con animales.

Así pues, queda la pregunta ¿qué se sabe de forma específica sobre la depresión infantil?, si bien existe información y estudios en torno a esta, los datos continúan siendo inexactos, porque en términos de causales y expresiones subjetivas, cuando se conceptualiza sobre la depresión, se presentan condiciones nosológicas que igual podrían referirse a otra patología, tan es así, que se exponen límites difusos con otros

trastornos como el de ansiedad y estrés postraumático (Cuevas & Castro, 2009).

Lo referente a la prevención

En muchos de los estudios revisados, se propone como un factor protector para la DI, el tener relaciones interpersonales fuertes, autoestima y confianza en sí mismo, se plantea incluso como método preventivo mejorar el autoconcepto personal, familiar y social (Chavez et al., 2017).

Si bien los temas mencionados son de vital importancia, no hay información clara que indique porqué son una forma de prevenir la depresión como tal, con tener conocimientos en psicología y desarrollo infantil se puede hacer esta propuesta como método para tener una infancia más armónica o experimentar menos sufrimiento en la niñez, fortalecer estos aspectos puede prevenir una depresión, pero podría incluso prevenir otro tipo de problemáticas psicológicas.

¿Esta carencia en la delimitación de los factores preventivos podría estar dando cuenta de la falta de claridad sobre la relación del medio social con la depresión? Si se considera lo expuesto en los capítulos anteriores la respuesta es negativa, pues hay evidencia de que el contexto es determinante en la aparición del estado depresivo, aun así, las propuestas en cuanto a prevención son vagas.

En cuanto al tratamiento de la Depresión Infantil

En el estudio realizado por Loubat, Aburto, y Vega (2008), en el cual se interrogan psicólogos chilenos, se encontró que uno de los principales obstáculos para el tratamiento de la depresión infantil es la falta de capacitación de los profesionales de la salud mental en el tema, afirman que su falta de experticia dificulta el abordaje práctico de la problemática; estos resultados no dejan de ser desalentadores, pues

aunque la DI es estudiada desde hace varias décadas, todavía falta interés en ella, talvez porque como ya se ha expuesto, es una problemática que cuestiona las bases sociales, al poner de manifiesto el sufrimiento infantil, que la sociedad tiene problemas de aceptar, se necesita hacer más énfasis en lo que puede hacer la psicología en los casos de depresión, los modos de tratamientos y cómo encontrar soluciones más viables para enfrentarla, incluso desde la prevención.

Las formas de intervenir en los casos de DI están divididas entre el modelo médico, que propone medicación, y el modelo psicológico, que sugiere hacer uso de terapias y psicoterapias, estas varían desde las distintas corrientes de la psicología.

Hay que tener en cuenta que el manejo clínico que se le da a la DI busca principalmente reducir o eliminar los síntomas, restaurar el funcionamiento normal y prevenir recaídas (Estrada et al., 2009).

Sobre la medicación hay opiniones encontradas, pues los niños no han alcanzado el pleno desarrollo corporal, por lo cual sus cerebros están en proceso de mielinización, cualquier alteración hormonal o química puede tener consecuencias indeseables para su vida futura. Esto sumado a un aumento en el riesgo suicida, pues ciertos ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) favorecen la ideación suicida y las conductas autolesivas (Healy et al., 2018; Peiro et al., 2005; Zhou et al., 2017).

Por lo cual surge la duda, ¿vale la pena arriesgarse a la aparición de efectos secundarios desalentadores e irreversibles? La tarea de hacer un balance entre las ventajas y las desventajas es dejada en manos del profesional que recibe el caso, pues no hay parámetros científicos claros que indiquen el modo de proceder.

Así, si el primer encuentro es con un psicólogo, este puede ser reacio a remitir el caso a psiquiatría, esto por la formación que se imparte en las facultades, donde hay una crítica fuerte al modelo médico y a la utilización de medicamentos de forma indiscriminada, más aún cuando es con niños, pues pueden llegar a volverse dependientes o verse afectados por las sustancias químicas en su organismo, aún en proceso de desarrollo.

Si, por el contrario, el niño llega primero a psiquiatría, es probable que inicie el tratamiento mediante medicación (neurolépticos), muchas veces sin el apoyo psicoterapéutico o familiar, lo que puede ocasionar que el niño se condicione a estos medicamentos, sin la opción de saber de sí y poderse preguntar por lo que subjetivamente le está ocurriendo. Problema este que tiende a borrar la subjetividad del niño, impidiendo que logre tener un dominio de sus problemas a futuro y en el aquí y el ahora.

Entonces como se ve, es un problema sin resolver, a qué profesional acudir en primera instancia cuando aparecen los signos depresivos o cómo integrar laboralmente a los profesionales encargados de la salud mental al momento de asumir a un niño con DI.

Frente a este dilema no hay claridad ¿está mejor capacitado el psicólogo o el psiquiatra para tratar la depresión? Ya se ha visto que muchos consideran la depresión como un asunto médico, pero también que la medicación a edades tempranas resulta problemática e incluso dañina para el organismo infantil y se reitera, desde la psicología, la importancia de que las personas, aún es su etapa infantil, requieren de un conocimiento reflexivo de sus condiciones subjetivas, por lo que el apoyo psicológico, siempre es clave en el tratamiento de cualquier psicopatología.

Es por esto que desde modelos teóricos, se recomienda realizar psicoterapias en depresiones leves o moderadas y utilizar medicación en casos severos, ya que en estos la psicoterapia por sí sola podría no operar, requiriendo de las dos opciones, medicación y apoyo psicoterapéutico (Zhou et al., 2017).

Así las cosas, es importante tener la opción de un tratamiento integral, que incluya el modelo médico y el modelo psicológico, para así lograr mayor efectividad y mayores posibilidades de recuperación.

Ya haciendo un énfasis en los tratamientos de tipo psicológico, se encuentran diferentes modelos, de anotar que todos muestran características similares, en la medida que todos en su trasfondo, buscan activar al sujeto y recordarle lo que disfrutaba hacer o le daba placer antes de su enfermedad, asimismo, buscan que la persona se incorpore de nuevo al mundo social, a partir de diversas técnicas y en distintos momentos.

Por su parte, la terapia conductual busca activar al sujeto y disminuir las ganancias secundarias de los estados depresivos, la terapia cognitivo-conductual demanda un cambio en los pensamientos y en la forma de procesar la información, por último, la terapia interpersonal se centra exclusivamente en el momento presente y en cómo la enfermedad depresiva altera el entorno social del paciente.

Así las terapias psicológicas más efectivas según Zhou et al (2017), para tratar la depresión en niños, son la terapia interpersonal, la terapia conductual y la terapia cognitivo conductual.

Tipos de tratamientos psicoterapéuticos estos, para afrontar la DI, que al ser analizados, denotan ser adaptaciones de las psicoterapias con adultos, en acuerdo a como expone Abello et al. (2014), los modelos

teóricos en relación con la depresión en infantes son simples adaptaciones de los modelos adultos.

Se puede llevar a pensar que, en las formas de asumir la DI, se está homologando el mundo infantil y el mundo adulto; pero, en realidad son dos posturas de vida que desde lo clínico no se pueden equiparar. Así, cuando un profesional se enfrenta al trabajo con ambos grupos etarios, tendría que reconocer las diferencias en el que hacer con uno y otro, cuando desde su ejercicio logra agarrar las particularidades que implica la enfermedad infantil, permite darle un lugar a ese niño que sufre, asunto este tan necesario, que tengan presente en su hacer los profesionales en salud mental.

Este asunto vuelve la perspectiva sobre la importancia de mirar la depresión infantil como una cuestión relevante, de desarrollar modelos teóricos y de abordaje práctico que faciliten su comprensión y tratamiento.

CONCLUSIONES

El estudio de la depresión es amplio, por ser esta una enfermedad altamente incapacitante, pero en estadios tempranos es poco estudiada, como si la única motivación para estudiar diferentes problemáticas infantiles fuera el malestar que causan en los adultos, dejando el tema de lado cuando la molestia es subjetiva y afecta solamente a los niños, provocando poca disrupción en la vida de los adultos.

Si bien los principales signos de la depresión son la tristeza, la anhedonia y la abulia, estos no aparecen siempre en los cuadros depresivos, por lo cual es factible, por ejemplo, encontrar una depresión sin el sentimiento de tristeza, pero si con otros signos que alerten sobre la presencia de la enfermedad depresiva.

Es de señalar que la depresión puede ser diagnosticada desde los 6 años, pero nada indica que esta no pueda aparecer en momentos más tempranos, el diagnóstico se hace a partir de esta edad por la aparición del lenguaje, porque el niño puede manifestar qué le causa malestar, por otra parte, es importante mencionar que los episodios depresivos que aparecen en la infancia tienden a repetirse en la edad adulta, se puede pensar que quien es depresivo en la adultez lo fue también en la niñez.

Si los eventos depresivos se empiezan a manifestar en momentos muy tempranos de la niñez, estos serán más problemáticos, pues estarían poniendo en riesgo el desarrollo normal del infante e incluso deteniendo su desarrollo.

El desarrollo infantil está fuertemente ligado al espacio donde el niño tiene la posibilidad de explorar y desarrollarse, asunto que se podría ver favorecido por el deseo materno, si el niño es contenido y acompañado de forma eficaz por el medio que lo rodea tiene menos posibilidades de enfermar, cuando hay rechazo o ambivalencia materna, el infante está en desventaja a la hora de aprovechar los recursos del ambiente.

Es fundamental para cualquier ser humano el apoyo y el acompañamiento durante sus primeros estadios evolutivos, así, con la compañía materna y con el apropiado vínculo de apego se estaría posibilitando un desarrollo sano, que puede proteger al niño frente a psicopatologías futuras.

Es vital también el medio que rodea al niño, pues factores sociales como los económicos, o las violencias vivenciadas durante estos periodos tempranos pueden favorecer la aparición del trastorno depresivo

Por otra parte, se encuentra el asunto de lo biológico, pues desregulaciones el sistema neuroendocrino o en neurotransmisores neuronales como la noradrenalina o la serotonina, se reportan como causa de una depresión endógena.

Así, a la hora de pensar en la aparición de la depresión se deben tener en cuenta factores como los recursos psíquicos del sujeto, el ambiente social que lo rodea y sus predisposiciones biológicas.

Los síntomas de la depresión están relacionados con varios asuntos, por una parte con factores necesarios para mantener la vida, pues se desajusta el ciclo circadiano, así el sueño se ve aumentado o disminuido, al igual que el apetito, pueden aparecer también atentados contra la propia vida en forma de autoagresiones, llegando incluso al suicidio; por otra parte, está la interioridad del sujeto, pues aparecen pensamientos de autoexigencia o en los que no se siente valioso, desencadenando un sentimiento de inferioridad; por último, está el asunto social, el depresivo tiende al aislamiento ya que no encuentra goce en el contacto con el otro y en ocasiones el grupo lo aparta por su condición depresiva.

Un espacio fundamental para los infantes es el espacio familiar, en este se abre paso, o no, a un desarrollo sano y exitoso, si hay armonía en el núcleo familiar hay más posibilidades de que el niño esté psíquicamente sano, pero si son habituales las peleas, los reproches y la violencia, el niño podría tender al aislamiento y a configurarse depresivo.

La tendencia al aislamiento se convierte así en un factor de riesgo, pues la introversión y el poco contacto social logran que el trastorno depresivo aparezca con mayor facilidad, esto porque los niños aislados no tienen supervisión ni ayuda para regularse cuando se ven expuestos a circunstancias con las que no pueden lidiar, la angustia no tramitada

puede llevar a la depresión, pues esta puede resultar en la única forma que encuentra el sujeto para hacerle frente a un estresor.

Por otra parte, el contacto social recompensa, las retroalimentaciones que se obtienen del medio aumentan la autoestima, pues el sujeto logra encontrar valioso lo que hace y verse a sí mismo como merecedor de cosas buenas.

Los niños, tomados en cuenta como seres humanos, están capacitados para experimentar todas las emociones humanas, por lo cual las agresiones dirigidas a ellos tienen peso, las manifestaciones verbales y no verbales que hacen son importantes y dan cuenta de su realidad subjetiva, así, problemáticas como la depresión los afectan y los incapacitan tal como sucede con los adultos. No por saber a los niños resilientes se puede abusar de esta condición y exponerlos a humillaciones o agresiones, pues al igual que como a los adultos, lo afectarán y lo harán sentir poco valioso.

Debido a la poca rigurosidad de los estudios realizados sobre la DI, hay poca claridad en lo concerniente a tratamiento y prevención, la prevención está dirigida principalmente a mantener la armonía familiar, asunto de vital importancia para mantener la salud mental, mientras el tratamiento está pensado desde lo biológico, los recursos psíquicos del paciente y el ámbito social.

Así, desde lo biológico se propone el uso de medicamentos, desde las psicoterapias se propone cambiar los esquemas o los modos de pensar sobre sí mismo y el mundo y desde lo social, se quiere adaptar al sujeto a las dinámicas relacionales que perdió a causa de la enfermedad depresiva. Cabe mencionar que estos tratamientos son adaptaciones del modelo adulto, pues a excepción de la terapia alternativa con mascotas, no se reportan aún modos para tratar propiamente la DI.

Se requiere de un tratamiento integral, que incluya el modelo médico y el modelo psicológico, para así lograr mayor efectividad y mayores posibilidades de recuperación de la DI.

REFERENCIAS

- Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Mercado, S., & Solano, D. (2014). Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla. *Tesis psicológicas*, 9(1), 190–201.
- Acosta, M., Mancilla, T., Correa, J., Saavedra, M., Ramos, F., Cruz, J., & Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivos de neurociencias*, 16(1), 20–25.
- Alonso, F. (2001). *Claves de la depresión*. Madrid: Cooperación editorial.
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé. Revista de psicología y educación*, 8(1), 23–50.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19a ed.). España: Descleé de Brouwer.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., & de la Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29(1), 131–140.
- Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Bleichmar, N. (2010). El modelo del desarrollo propuesto por Margaret Mahler. *En El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica*. México: Paidós.

- Borges, L., & Angeli, A. (2016). Sintomatología depresiva y desempeño escolar: Un estudio con niños brasileños. *Ciencias psicológicas*, 10(2), 189–197.
- Bouquet, R., & Cuervo, A. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Tesis Psicológica*, (2), 35–47.
- Buela, G., Carretero, H., & De los Santos, M. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24(3), 17–23.
- Chávez, A., Correa, F., Klein, A., Macías, L., Cardoso, K., & Acosta, I. (2017). Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 501–514.
- Cuevas, M., & Castro, L. (2009). Efectos emocionales y conductuales de la exposición a violencia en niños y adolescentes en Colombia. *Psicología conductual*, 17(2), 277–297.
- Del Barrio, V. (2000). *La depresión infantil: Factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga: Aljibe.
- Del Barrio, V. (2011). Los trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. *Revista Crítica*, (974), 37–41.
- Estrada, P., Torres, Y., Agudelo, M., Montoya, L., Posada, F., Álvarez, M., & García, A. (2009). *Familia y prevalencia de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes*. Medellín: UPB.
- Fallaci, O. (1976). *Carta a un niño que nunca nació*. Barcelona: Noguer.
- Freud, S. (1938). Esquema del psicoanálisis. En *Obras Completas XXIII* (pp. 133–210). Argentina: Amorrortu.

- Galarza, V. (2006). *El modelo de desarrollo emocional del niño según Margaret Mahler*. Universidad del Azuay.
- Garcés, M. (2017). *La influencia del tratamiento alternativo con mascotas, en el tratamiento del trastorno de depresión mayor en niños de 6 a 10 años, en la provincia de Pichincha en Ecuador*. Universidad San Francisco de Quito.
- Garibay, J., Jiménez, C., Vieyra, P., Hernández, M., & Villalón, J. (2014). Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. *Revista de medicina e investigación*, 2(2), 107–111.
- Gómez, Y., & Barrera, M. (2012). Aspectos Neuropsicológicos Asociados a la Presencia de Síntomas Depresivos en Niños Escolarizados. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1), 111–118.
- Guarín, F. (2005). Análisis del desarrollo lingüístico del primer año de vida, a la luz de diferentes autores. En *El primer año de vida lingüístico* (pp. 91–144). Medellín: Funlam.
- Guillén, E., Gordillo, M. J., Ruiz, M. I., Gordillo, M., & Gordillo, T. (2013). ¿Depresión o evolución?: revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 499–506.
- Healy, D., Noury, J., & Jureidini, J. (2018). Los antidepresivos en pediatría: ¿el mayor fracaso de la asistencia sanitaria? *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 38(133), 195–216.
- Heerlein, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40(1), 63–76.
- Herrera, E., Losada, Y. L., Rojas, L. A., & Gooding, P. (2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Avances en psicología Latinoamericana*, 27(1), 154–164.

- Klein, M. (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. En *Envidia y gratitud y otros trabajos* (pp. 34–51). México: Paidós.
- López, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M., & López, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26(2), 325–334.
- Losada, A., & Ribeiro, M. (2015). Apego y Adopción. *Borromeo*, 6(6), 1–15.
- Loubat, M., Aburto, M., & Vega, M. (2008). Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. *Terapia Psicológica*, 26(2), 189–197.
- Madrigal, C. (2004). *Intervención psicológica cognitivo conductual a niños que han desarrollado cáncer*. Universidad de Antioquia.
- Mantilla, L., Sabalza, L., Díaz, L. A., & Campo, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(2), 163–171.
- Martínez, M. (1999). El enfoque sociocultural en el estudio del desarrollo y la educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 1(1), 16–37.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y adolescente*, 4(1), 65–81.
- OMS. (2018). Depresión. Recuperado a partir de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Peiro, S., Cervera, P., & Bernal, E. (2005). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la depresión infantil: un «culebrón» que refleja importantes problemas de seguridad de los medicamentos. *Gaceta Sanitaria*, 19(5), 401–406.
- Pérez, J., Rivera, C., Soto, E., & Muñoz, M. (2011). Trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 12(3), 149–154.
- Pérez, M. (2006). *Desarrollo de los Adolescentes IV Procesos Cognitivos*. Aguascalientes.
- Ulloa, R., de la Peña, F., & Nogales, I. (2011). Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Mental*, 34(5), 403–407.
- Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Atehortúa, L. F., Martínez, P., Trujillo, C., & Quiceno, J. M. (2006). Prevalencia De Depresión En Niños Escolarizados Entre 8 Y 12 Años Del Oriente Antioqueño A Partir Del “Child Depression Inventory” - CDI. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 2(2), 217–227.
- Winnicott, D. (1960). La pareja madre - lactante.
- Zhou, X., Hetrick, S., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C., ... Xie, P. (2017). Eficacia comparativa y aceptabilidad de psicoterapias para la depresión en niños y adolescentes: una revisión sistemática y metaanálisis en red. *Revista de toxicomanías*, (80), 22–34.