

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA
CIEPs – MAYRA GUTIERREZ**

**“ LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE
05 A 11 AÑOS CON DISCAPACIDAD CONGÉNITA
QUE ASISTEN A LA COORDINADORA DE DISCAPACIDAD
DEL DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ DURANTE EL AÑO 2011”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**JUAN CARLOS ARÉVALO BORRAYO
LESTTER DAVID GARCIA PÉREZ**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGOS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADOS**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2011

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO

LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO

JAIRO JOSUÉ VALLECOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO .CUM.
9ª. Avenida 9-43, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187330 Telefax 24187543
e-mail: usncopsic@usnc.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 281-2011
DIR. 1,517-2011

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

27 de septiembre de 2011

Estudiantes
Lestter David García Pérez
Juan Carlos Arévalo Borrayo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES GUIÓN DOS MIL ONCE (1,493-2011), que literalmente dice:

"MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES": Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 05 A 11 AÑOS CON DISCAPACIDAD CONGÉNITA QUE ASISTEN A LA COORDINADORA DE DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ DURANTE EL AÑO 2011"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Lestter David García Pérez
Juan Carlos Arévalo Borrayo

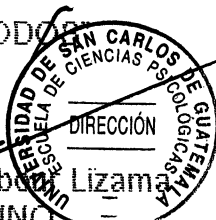
CARNÉ No. 1999-12649
CARNÉ No. 2005-14215

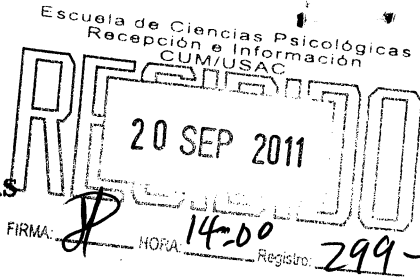
El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada María Alejandra Artola Santiago y revisado por el Licenciado Helvin Orlando Velásquez Ramos. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Doctor César Augusto Lamberto Lizama
DIRECTOR INTERINO





CIEPs 281-2011
REG: 299-2011
REG: 436-2011

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

INFORME FINAL

Guatemala, 19 de Septiembre 2011

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Helvin Orlando Velásquez Ramos ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 05 A 11 AÑOS CON DISCAPACIDAD CONGÉNITA QUE ASISTEN A LA COORDINADORA DE DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ DURANTE EL AÑO 2011.”

ESTUDIANTE:
Lestter David García Pérez
Juan Carlos Arévalo Borrayo

CARNÉ No:
1999-12649
2005-14215

CARRERA: **Licenciatura en Psicología**

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 14 de Septiembre 2011 y se recibieron documentos originales completos el día 14 de Septiembre 2011, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Helvin Orlando Velásquez Ramos M.A.
COORDINADOR



Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: uacpsaic@usac.edu.gt

CIEPS 281-2011
REG: 299-2011
REG 436-2011

Guatemala, 19 de Septiembre 2011

Licenciado Helvin Orlando Velásquez Ramos, M.A Coordinador.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado Velásquez:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 05 A 11 AÑOS CON DISCAPACIDAD CONGÉNITA QUE ASISTEN A LA COORDINADORA DE DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ DURANTE EL AÑO 2011."

ESTUDIANTE:
Lestter David García Pérez
Juan Carlos Arévalo Borrayo

CARNE
1999-12649
2005-14215

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 14 de Septiembre 2011 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Helvin Orlando Velásquez Ramos
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo

Guatemala, Agosto 31 del 2011

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Centro de investigación Psicológicas "CIEPs"
"Mayra Gutiérrez"
Edificio

Licenciada de Álvarez

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado **"LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 11 AÑOS CON DISCAPACIDAD CONGÉNITA QUE ASISTEN A LA COORDINADORA DE DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO DE SOLOLA DURANTE EL AÑO 2011"** elaborado por los Estudiantes **LESTER DAVID GARCÍA PÉREZ**, quien se identifica con Carné No.: 1999-12649 y **JUAN CARLOS ARÉVALO BORRAYO**, quien se identifica con Carné No.: 2005-14215.

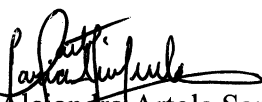
El trabajo fue realizado a partir DEL 29 de Abril del 2011 hasta el 31 de Agosto del 2011.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. María Alejandra Artola Santiago
Colegiado No.2044
ASESORA



25 años juntos
1986-2011

Guatemala 30 de Agosto de 2011

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEP- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas,
CUM

Licenciada Álvarez:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que los estudiantes **LESTER DAVID GARCIA PEREZ**, Carné No.: 1999-12649 y **JUAN CARLOS ARÉVALO BORRAYO**, Carné No.: 2005-14215 realizaron en esta institución 5 entrevistas a niños y niñas, 5 entrevistas a maestros y padres, y la aplicación del taller de abordaje de depresión como parte del trabajo de Investigación titulado: "La depresión en niños y niñas de 5 a 11 años con discapacidad congénita que asisten a la Coordinadora de discapacidad del departamento de Sololá durante el año 2011" en el periodo comprendido del 19 de Julio al 30 de Agosto del año 2010, los días Lunes en horario de 9:00 a 13:00 horas.

Los estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,


Mercedes Cárdenas
Enargada Fundabien - Panajachel
No. Contacto 77620307



Miembro activo



Oritel
Operadora Internacional de Telefonía

Guatemala 30 de Agosto de 2011

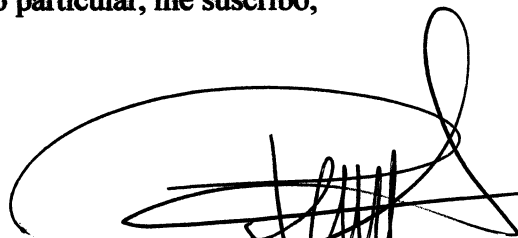
Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas,
CUM


Licenciada Álvarez:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que los estudiantes **LESTTER DAVID GARCIA PEREZ**, Carné No.: 1999-12649 y **JUAN CARLOS ARÉVALO BORRAYO**, Carné No.: 2005-14215 realizaron en esta institución 5 entrevistas a niños y niñas, 5 entrevistas a maestros y padres, y la aplicación del taller de abordaje de depresión como parte del trabajo de Investigación titulado: "**La depresión en niños y niñas de 5 a 11 años con discapacidad congénita que asisten a la Coordinadora de discapacidad del departamento de Sololá durante el año 2011**" en el periodo comprendido del 20 de Julio al 31 de Agosto del año 2010, los días Martes en horario de 9:00 a 13:00 horas.

Los estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,


Profesor. Pedro Sisay
DIRECTOR
No. De Contacto: 497-955-77



PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR LESTTER GARCIA

LUDWING GARCIA
INGENIERO QUIMICO
COLEGIADO 757
ALEJANDRA ARTOLA
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
COLEGIADO 2044

POR JUAN CARLOS ARÉVALO

IRMA ELIZABETH PINEDA
INGENIERA INDUSTRIAL
COLEGIADO 9169
HELVIN VELÁZQUEZ
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
COLEGIADO 3285

**ACTO QUE DEDICO
LESTTER GARCIA**

A DIOS :

Por haberme dado la vida, la sabiduría y la fortaleza para la culminación de esta fase de mi vida. Gracias por iluminar mi camino y nunca alejarte de mí.

A MIS PADRES:

Lidia Cristina de Garcia, por ser el pilar mi amiga y confidente, de toda la vida, ángel que siempre ha estado a mi lado apoyándome con paciencia y enseñándome a ser mejor persona.

Cristóbal Garcia, por hacer de mí la persona que soy ahora, gracias por tus consejos y apoyo incondicional, gracias por inculcar la educación y amor en nuestra familia, este acto es para ustedes. Los amo.

A MIS HERMANOS:

Ludwing, Libni, y Daniel gracias por su apoyo incondicional su comprensión y su amor, por sus consejos y compartir el privilegio de ser parte de sus vidas, gracias por nunca abandonarme y estar siempre cuando los necesite.

A MIS SOBRINAS Y SOBRINO:

Esteffany, William, Carissa y Daniela que este logro en mi vida sirva de motivación para ustedes, y que encuentren en mí el apoyo que me dio nuestra familia.

A MIS CUÑADAS:

Dina Julieta y Leylan Patricia gracias por sus consejos, su ayuda y su apoyo incondicional, gracias por ser las hermanas que han sido para mí.

A MI FAMILIA EN GENERAL.

Por su apoyo por demostrar su cariño, y admiración, con mucho respeto comparto este éxito con ustedes.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE UNIVERSIDAD

Por su cariño, y apoyo incondicional, por las alegrías, y hacerme parte de su familia, las cuales siempre han estado ahí. A Juan Carlos Oso, a las familias Avila Coshaj, Katt, Bracamonte, Natareno, Portillo, Anleu, Ralon a los que aun estan y los que se han ido.

Al Doctor Eduardo Secaira, al Arquitecto Bryan Reyna, por sus consejos y amistad, por abrirme las puertas para la realización de nuestros objetivos en el departamento de Solola.

A Mercedes Cululen, y el personal de la clinica de Fundabien Panajachel, por su disposición incondicional y amistad en la realizacion de esta investigación.

A Sonia Anzuetto, Corita Polillo, Patty Sierra, Anne Aceituno, Edgar Loarca, Roberto Soto por su amistad y apoyo durante tantos años en la Universidad.

Agradesco especialmente a mi Asesora y Amiga Licda. Alejandra Artóla, por sus consejos, amistad y apoyo incondicional, durante tantos años en los cuales siempre estuvo ahí, mil gracias, Dios la Bendiga.

ACTO QUE DEDICO
JUAN CARLOS ARÉVALO

A MI FAMILIA

Por su constante apoyo y paciencia a lo largo de mi vida. Y ahora en especial en la finalización de mi estudios.

A MIS AMIGOS DE LA UNIVERSIDAD

Gracias por haber alegrado mis años universitarios y por haber compartido tantos momentos memorables en su compañía, ustedes saben quienes son y saben que ocupan un lugar especial para mí.

A LOS AMIGOS DE LA MESA

Sonia, Corita, Andy, Josué, Hugo y especialmente a Beto. Donde mas hubiera podido pasar tanto tiempo bien invertido, compartiendo con personas como ustedes, saben que los aprecio.

A MI AMIGO Y COMPAÑERO DE TESIS

Lestter García, por la paciencia, el apoyo y la lealtad, durante los buenos y malos momentos, que se han presentado durante estos años de universidad.

A MIS AMIGOS

Hugo Marroquin, Cecilia Roca, Jose Petz y Manolo Lemus, por siempre estar ahí en los momentos indicados, momentos que me han llevado a ser la persona que soy, saben que los quiero.

A MIS AMIGOS DE PANAJACHEL

Por haber sido como una familia para mí, en el tiempo que estuve junto a ustedes. Les agradezco por las fiestas, la confianza, los regaños, las discusiones, los chistes, pero por sobre todo por la amistad que me brindaron, cosa que nunca voy a olvidar, ya nos veremos mas adelante.

AGRADECIMIENTOS.

- A todos los Centros de Estudio que han contribuido a nuestra formación Profesional, Especialmente a la Universidad de San Carlos de Guatemala En donde aprendimos a tener conciencia social.
- A la escuela de educación especial ADISA, por abrir sus puertas y confiar en nosotros para realizar allí nuestro proyecto de Tesis.
- A la escuela de educación especial ADISA, por abrir sus puertas y confiar en nosotros para realizar allí nuestro proyecto de Tesis.
- A Fundabiem Panajachel, por permitirnos ser parte del equipo de trabajo, para pacientes con discapacidad.
- Al Hospital de Infectología y Rehabilitación, por apoyarnos con personal y apoyo a pacientes de las diversas comunidades de Sololá, en especial a la Licenciada Patricia de Longo.
- Al Lic. Helvin Velásquez por su apoyo, comprensión y sus sabios consejos.
- A La Licenciada Alejandra Artóla, por sus consejos y apoyo incondicional.
- A la Asociación Vivamos Mejor, por abrimos las puertas con diversas instituciones en el departamento de Sololá.

ÍNDICE

Resumen	2
Prólogo	3
Capítulo I	
1.1 Planteamiento del problema y Marco Teórico	4
1.1.1 Planteamiento del Problema	4
1.1.2 Marco Teórico	7
Personalidad	8
Depresión	16
Depresión infantil	24
Depresión infantil en Guatemala	31
La depresión infantil en la discapacidad física congénita	32
Discapacidad	33
Clasificación	33
Discapacidad congénita	37
Capítulo II	
II Técnica e Instrumentos	46
2.1 Técnicas	46
2.1.1 Técnicas de muestreo	46
2.1.2 Técnicas de recolección de datos	46
2.1.3 Técnicas de análisis estadístico	47
2.2 Instrumentos	47
Capítulo III	
III Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados	53
3.1 Características del lugar y de la población	53
3.1.1 Características del lugar	53
3.1.2 Características de la Población	53
3.2 Análisis e Interpretación de Resultados	53
3.3 Análisis Final	60
Capítulo IV	
IV Conclusiones y Recomendaciones	62
4.1 Conclusiones	62
4.2 Recomendaciones	63
Bibliografía	65
Anexos	66

RESUMEN

“LA DEPRESION EN NIÑOS Y NIÑAS DE 05 A 11 AÑOS CON DISCAPACIDAD CONGENITA QUE ASISTEN A LA COORDINADORA DE DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO DE SOLOLA DURANTE EL AÑO 2011 ”

Autores

Juan Carlos Arévalo Borrayo

Lestter David García Pérez

Este proyecto de investigación surgió basado en la necesidad del abordaje psicológico para los niños discapacitados de 05 a 11 años de edad del área rural, utilizando como muestra la población del departamento de Sololá que asiste a las Clínicas de la Coordinadora Departamental Corazón Rehábil, durante el año 2011. Ya que pudimos observar la falta de atención psicológica específicamente con el trastorno depresivo que genera este tipo de discapacidad. Estas alteraciones emocionales se dan en la mayor parte del área rural de Guatemala, debido a la falta de conocimientos que se le ha dado históricamente al tema. Así también la discapacidad ha sido estigmatizada por parte de las familias y sociedad ya que tienen una cultura tradicionalista y mágica, en la cual se condena y aísla a este tipo de pacientes provocando diversos problemas emocionales siendo muy marcado el estado depresivo de los mismos. Para poder recopilar los datos necesarios se aplicamos el test CDI, además de esto se aplicó una entrevista a padres y a maestros, se recopilaron situaciones y actitudes en un ambiente natural por medio de la realización de una observación a todos los niños, como parte final del proyecto se realizó un taller donde participaron padres e hijos que presentaron depresión, al terminar con el taller se retroalimentó el mismo por medio de las observaciones provistas por los participantes, para poder conocer las causas principales del problema y como se le pudo dar un tratamiento que ayude al niño o niña a sobrepasar esa depresión. Y con esto se buscó contribuir al desarrollo de salud mental con niños con discapacidad congénita del área rural de Guatemala. Y de una forma más profunda se identificó los efectos depresivos en niños y niñas con discapacidades físicas congénitas del departamento de Sololá.

PRÓLOGO

La elaboración del presente trabajo, tiene la finalidad de dar apoyo psicológico a los niños que asistan a las clínicas de la Coordinadora Departamental De Discapacidad del Departamento de Sololá, Corazón Re hábil y que presentan cierto grado de depresión a causa de la discapacidad física congénita, al mismo tiempo se busco que las personas cercanas a los niños puedan entender de forma adecuada, realista y humana este tema que en épocas anteriores ha sido dejado a un lado, dando prioridad a el tratamiento físico. Pretendemos dar a conocer, y poner en práctica, los conocimientos acerca del tratamiento de la depresión infantil, por medio de un taller el cual tendrá la función de aumentar el autoestima en los niños y niñas participantes, así también se buscara que los participantes acepten y comprendan, su estado actual, sus limitaciones y sus capacidades, para con esto lograr una disminución en las alteraciones del estado de animo. La participación en el taller por parte de padres, será importante ya que por medio de esta se podrá concientizar, instruir y modificar los conocimientos que se poseen en el interés del estado psicológico de aquellos niños que presentan una discapacidad física congénita, lo cual propiciara una mejora en la calidad de vida y en la salud mental. Y con esto el niño que presente cierto grado de depresión podrá poco a poco avanzar de estado alterado a un estado saludable, en el cual lograra un mejor desarrollo y adaptabilidad dentro de su entorno social. Nuestro trabajo como psicólogos en este tema es precisamente dar un tratamiento para aquellos niños que presenten cierto grado de depresión y propiciar que la sociedad tome en consideración la importancia que tiene el tratamiento psicológico en aquellos niños que presenten una discapacidad física y como esta provocara alteraciones en las emociones y los estados de animo de estos niños, por estas razones nuestros objetivos en la realización de este proyecto fueron, Contribuir al desarrollo de Salud Mental con niños con Discapacidad Congénita del Área Rural Guatemalteca e Identificar los efectos depresivos en niños y niñas con discapacidad física congénita en el departamento de Sololá, Para lograr esto se trabajo con niños, padres de familia, maestros y/o terapistas, concientizando e instruyéndolos en las necesidades psicológicas de los niños, lo cual los ayudará al buscar que el niño o niñas que presente cierto grado de depresión pueda anteponerse a este trastorno, lo cual mejorará la calidad de la interacción que tendrán con familiares, iguales, maestros y terapistas.

Agradecemos a la Licda. Maria Alejandra Artola Santiago y al Lic. Helvyn Velásquez por su asesoría y orientación y por brindarnos su tiempo e interés.

A la escuela de Ciencias Psicológicas por la formación.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema a investigar es “ **La Depresion en niños y niñas de 05 a 11 años con discapacidad congenita que asisiten a la Coordinadora de Discapacidad del Departamento de Solola durante el año 2011.**”

En la actualidad existen en el departamento de Sololá, algunas instituciones que han empezado a preocuparse y trabajar con este tipo de pacientes, principalmente en niños tanto del área rural como del área urbana. Se creó una coordinadora departamental con el apoyo de nueve instituciones y algunos voluntarios tanto extranjeros como nacionales de la cuenca del lago de Atitlán, así como de la cabecera y algunos municipios aledaños para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. La depresion en estos pacientes se presenta de diversas formas, como por ejemplo, la falta de atención en sus actividades normales ya que pocas veces las terminan para luego perder el interes o sentir poco placer al realizarlas, su esperanza de vida es bastante corta, ya que se sienten una carga dentro de su circulo social y familiar, ademas de presentar un estado animico indiferente y solitario. Tambien se observa un estado irritable la mayor parte del tiempo asi como tambien sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada cada dia por el hecho de estar enfermo.

Dentro de la población con discapacidad congénita, abordaremos a niños de 05 a 11 años de edad, que presenten cuadros médicos de esta naturaleza. Con los cuales se buscará identificar el trastorno de depresión en los mismos. Entendemos el Trastorno de depresión de la siguiente forma, los niños y los adolescentes pueden sufrir de depresión al igual que los adultos. Se habla en estos casos de depresión infantil. Esta alteración se presenta de muchas formas con grados y duración variados. Se define como una enfermedad cuando la condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acción de la persona. Normalmente todo ser humano tiene depresión en situaciones de maltrato específicas. Lo que es muy importante de considerar tanto para su tratamiento como para su prevención. Los niños que viven con mucha tensión, que han

experimentado una pérdida importante o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión.

Dos son los factores de riesgo más destacados en esta patología. En primer término está el que ella tiende a presentarse en determinadas familias. Y en segundo término, la existencia de situaciones de maltrato, que fundamentalmente afectan la seguridad por respaldo social.

La visión que se le ha dado a la Discapacidad a lo largo del siglo XX estaba relacionada con una condición considerada deteriorada respecto del estándar general de un individuo o de su grupo. El término de discapacidad, de uso frecuente, se refiere al funcionamiento individual e incluye discapacidad física, discapacidad sensorial, discapacidad cognitiva, discapacidad intelectual, enfermedad mental o psicosocial y varios tipos de enfermedad crónica. Por el contrario, la visión basada en los derechos humanos o modelos sociales introduce el estudio de la interacción entre una persona con discapacidad y su ambiente; principalmente el papel de una sociedad en definir, causar o mantener la discapacidad dentro de esa sociedad, incluyendo actitudes o unas normas de accesibilidad que favorecen a una mayoría en menoscabo de una minoría. La evolución de la sociedad ha ido mejorando y se han desarrollado modelos sociales de discapacidad que añaden nuevas apreciaciones al término. Por ejemplo, se distingue entre un discapacitado (cuya habilidad es objetivamente menor que la de la media) y una persona con capacidades distintas de las normales y que (aunque no representa ninguna ventaja o inconveniente) a menudo es considerado un problema debido a la actitud de la sociedad o el hecho de que los estándares están basados en características medias. En la sociedad actual se cuida la adaptación del entorno a las personas con discapacidades para evitar su exclusión social. Existen dos modelos de ver la discapacidad en sí. El modelo social y el modelo médico. El enfoque social de la discapacidad considera la aplicación de la "discapacidad" principalmente como problema social creado y básicamente como cuestión de la integración completa de individuos en sociedad (la inclusión, como los derechos de la persona con discapacidad). Es una colección compleja de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social, razón por la cual la gerencia del problema requiere la acción social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las

modificaciones ambientales necesarias para la participación completa de la persona con discapacidad en todas las áreas de la vida.

La mayor desigualdad se da en la desinformación de la discapacidad que tiene enfrente las personas sin discapacidad y el no saber cómo desenvolverse con la persona discapacitada, logrando un distanciamiento no querido.

La sociedad debe eliminar las barreras para lograr la equidad de oportunidades entre personas con discapacidad y personas sin discapacidad. No contempla la discapacidad como un problema individual, sino como algo dado por las limitaciones que pueda tener una persona y las muchas barreras que levanta la sociedad. Esto es lo que causa la desigualdad social con personas sin discapacidad. En el aspecto médico se ve a la discapacidad como una enfermedad, causando directamente una deficiencia, el trauma, o la otra condición de la salud que por lo tanto requiere la asistencia médica sostenida proporcionada bajo la forma de tratamiento individual por los profesionales.

La discapacidad es un problema individual y significa que la persona es minusválida. Es "curación dirigida", o el ajuste y el cambio del comportamiento del individuo que conducirían a "casi curan" o curación eficaz. En el enfoque médico, la asistencia médica se ve como el punto principal, y en el nivel político, la respuesta principal es la de la política de modificación o Reforma de la salud. El enfoque con el cual la persona con discapacidad es tomada por la sociedad es muy importante. La discapacidad en el departamento de Sololá actualmente es un tema bastante nuevo a tratar ya que por las costumbres de la región este tipo de pacientes son discriminados por ignorancia y prejuicios de la propia sociedad en la que se desenvuelven. La discapacidad muchas veces es tomada en algunos municipios como "castigo divino" lo cual los lleva a esconder y no buscar apoyo tanto médico como psicológico para que el paciente se desenvuelva de manera plena en sus actividades diarias. Esto muchas veces crea cierto distanciamiento de las personas con discapacidad en la sociedad, lo cual es el inicio de trastornos emocionales y conductuales reduciendo su tiempo y calidad de vida.

1.1.2 MARCO TEÓRICO

Guatemala es un país en condiciones de vida limitadas y el tema de la discapacidad no es la excepción, tanto en el campo de la salud y desarrollo, para poder encaminar y transformar esta realidad vivida de forma mas visible en el interior de la republica, en este caso en el departamento de Solola El Departamento de Sololá se encuentra situado en la región Sur Occidental de Guatemala. Limita al Norte con Totonicapán y Quiché, al Sur con Suchitepéquez, al Este con Chimaltenango; y al Oeste Suchitepéquez y Quetzaltenango. La cabecera departamental se encuentra a una distancia de 140 kilómetros de la Ciudad Capital de Guatemala. Los idiomas oficiales que se hablan en el departamento son Kaqchikel, k'iche' y tz'utujil, cuenta con un total de habitantes de 307,661.

La población seleccionada para esta Investigación son los niños de 05 a 11 años que asisten a las diferentes clínicas de la Coordinadora Departamental de Discapacidad del Departamento de Solola que presenten Depresión en las Discapacidades Congénitas.

La Coordinadora se formo debido a la necesidad que se presento en el departamento en el tema de discapacidad y enfermedades congénitas y para manejar de forma coordinada a los diferentes pacientes que se encuentren y dar una atención optima a esta problemática. Actualmente se intenta ser más práctico y real, la propuesta es conocida como “Rehabilitación Basada en la Comunidad” que sirve de vínculo entre las personas con discapacidad y las iniciativas de desarrollo. Se aplica gracias a los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad y sus familiares, organizaciones y comunidades, y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales pertinentes que trabajan en el sector del desarrollo. Dicha propuesta se adapta muy bien a las necesidades específicas de cada comunidad.

PERSONALIDAD

La personalidad, sin tener en cuenta cuál puede ser su definición, es fundamental para comprender lo que las personas hacen o dicen, y en general, tiende a ser inferida a partir de los actos que la gente realiza en su vida cotidiana. No tiene valor, ni entidad en si misma, es inferida a partir de la configuración que el observador hace de la conducta de la persona que esta observando. Si embargo, no siempre la conducta de un individuo se corresponde con su personalidad, ni todas las situaciones son igualmente relevantes para conocer la personalidad.

Manteniendo esta idea en mente podemos identificar, que la personalidad tendrá funciones en la vida cotidiana del individuo y será la responsable de muchas respuestas que el mismo tenga ante diferentes estímulos y situaciones, por lo tanto veremos que:

- La personalidad se ocupa de toda la conducta, tanto observable como la no observable directamente.
- Implica características relativamente constantes y estables a lo largo del tiempo y de las distintas situaciones.
- La personalidad supone que el individuo tiene un carácter “singular” y “único” que vendría dado por una organización única de los elementos que definen la personalidad.
- La personalidad hace referencia a algo que no existe en la realidad, que no podemos observar directamente, sino que se infiere a partir de la observación de la conducta.

Desarrollo de la personalidad en la infancia

Si bien existen muchas teorías del desarrollo de la personalidad, cada una con sus ángulos de abordaje, los cuales presentan tanto pros como contras, tomaremos como base para nuestro proyecto de investigación, los estudios del psicólogo Erik Erikson, el cual siendo un psicólogo del Yo Freudiano, acepta las ideas de Freud como básicamente correctas, incluyendo aquellas debatibles como el complejo de Edipo, así como también las ideas con respecto al Yo de otros freudianos como Heinz Hartmann y por supuesto, Anna Freud.

No obstante, Erikson está bastante más orientado hacia la sociedad y la cultura que cualquier otro freudiano, Prácticamente, desplaza en sus teorías a los instintos y al inconsciente. Quizás por esta razón, Erikson es tan popular entre los freudianos y los no-freudianos por igual, ya que sus fundamentos pueden ser adoptados y acoplados a las diferentes culturas, sin dejar a un lado, la historia y el tiempo en el cual se desean aplicar.

Ademas de esto Erikson también tuvo algo que decir con respecto a las interacciones de las generaciones, lo cual llamó **mutualidad**. Ya Freud había establecido claramente que los padres influían de una manera drástica el desarrollo de los niños. Pero Erikson amplió el concepto, partiendo de la idea de que los niños también influían al desarrollo de los padres. Por ejemplo, la llegada de un nuevo hijo, representa un cambio de vida considerable para una pareja y remueve sus trayectorias evolutivas. Incluso, sería apropiado añadir una tercera (y en algunos casos, una cuarta) generación al cuadro. Muchos de nosotros hemos sido influenciados por nuestros abuelos y ellos por nosotros.¹

Estadio (edad)	Crisis psicosocial	Relaciones significativas	Modalidades psicosociales	Virtudes psicosociales	Maladaptaciones y Malignidades
I (0-1) infante	Confianza vs. desconfianza	Madre	Coger y dar en respuesta	Esperanza, fé	Distorsión sensorial y Desvanecimiento
II (2-3) bebé	Autonomía vs. vergüenza y duda	Padres	Mantener y dejar ir	Voluntad, determinación	Impulsividad y Compulsión
III (3-6) preescolar	Iniciativa vs. Culpa	Familia	Ir más allá jugar	Propósito, coraje	Crueldad y Inhibición
IV (7-12) escolar	Laboriosidad vs. inferioridad	Vecindario y escuela	Completar Hacer cosas juntos	Competencia	Virtuosidad Unilateral y Inercia
V (12-18 o más) adolescencia	Identidad yoica vs. confusión de roles	Grupos, Modelos de roles	Ser uno mismo. Compartir ser uno mismo	Fidelidad, lealtad	Fanatismo y Repudio
VI (los 20's) adulto joven	Intimidad vs. Aislamiento	Colegas, Amigos	Perderse y hallarse a uno mismo en otro	Amor	Promiscuidad y Exclusividad
VII (20's tardíos a 50's) adulto medio	Generabilidad vs. autoabsorción	Hogar, Compañeros de trabajo	Lograr ser Cuidar de	Cuidado	Sobrextenión y Rechazo
VIII (50'...) adulto viejo	Integridad vs. desesperación	Los humanos o los "míos"	Ser, a través de haber sido. Enfrentar el no ser	Sabiduría	Presunción y Desesperanza

¹ Papalia, Diane. "Psicología del Desarrollo". Mc Graw Hill, Mexico, 1999, pp 26

Estadio I

El primer estadio, el de infancia o etapa **sensorio-oral** comprende el primer año o primero y medio de vida. La tarea consiste en desarrollar la **confianza** sin eliminar completamente la capacidad para **desconfiar**.

Si papá y mamá proveen al recién nacido de un grado de familiaridad, consistencia y continuidad, el niño desarrollará un sentimiento de que el mundo, especialmente el mundo social, es un lugar seguro para estar; que las personas son de fiar y amorosas. También, a través de las respuestas paternas, el niño aprende a confiar en su propio cuerpo y las necesidades biológicas que van con él.

Si los padres son desconfiados e inadecuados en su proceder; si rechazan al infante o le hacen daño; si otros intereses provocan que ambos padres se alejen de las necesidades de satisfacer las propias, el niño desarrollará desconfianza. Será una persona aprensiva y suspicaz con respecto a los demás.

De todas maneras, es muy importante que sepamos que esto no quiere decir que los padres tengan que ser los mejores del mundo. De hecho, aquellos padres que son sobreprotectores; que están ahí tan pronto el niño llora, le llevarán a desarrollar una tendencia maladaptativa que Erikson llama **desajuste sensorial**, siendo excesivamente confiado, incluso crédulo. Esta persona no cree que alguien pudiera hacerle daño y usará todas las defensas disponibles para retener esta perspectiva exagerada.

Aunque, de hecho, es peor aquella tendencia que se inclina sobre el otro lado: el de la desconfianza. Estos niños desarrollarán la tendencia maligna de **desvanecimiento**. Esta persona se torna depresiva, paranoide e incluso puede desarrollar una psicosis.

Si se logra un equilibrio, el niño desarrollará la virtud de **esperanza**, una fuerte creencia en la que se considera que siempre habrá una solución al final del camino, a pesar de que las cosas vayan mal. Uno de los signos que nos indican si el niño va bien en

este primer estadio es si puede ser capaz de esperar sin demasiado jaleo a demorar la respuesta de satisfacción ante una necesidad: mamá y papá no tienen por qué ser perfectos; confío lo suficiente en ellos como para saber esta realidad; si ellos no pueden estar aquí inmediatamente, lo estarán muy pronto; las cosas pueden ser muy difíciles, pero ellos harán lo posible por arreglarlas. Esta es la misma habilidad que utilizaremos ante situaciones de desilusión como en el amor, en la profesión y muchos otros dominios de la vida.

Estadio II

El segundo estadio corresponde al llamado estadio **anal-muscular** de la niñez temprana, desde alrededor de los 18 meses hasta los 3-4 años de edad. La tarea primordial es la de alcanzar un cierto grado de **autonomía**, aún conservando un toque de **vergüenza y duda**.

Si papá y mamá (y otros cuidadores que entran en escena en esta época) permiten que el niño explore y manipule su medio, desarrollará un sentido de autonomía o independencia. Los padres no deben desalentarlo ni tampoco empujarle demasiado. Se requiere, en este sentido, un equilibrio. La mayoría de la gente le aconsejan a los padres que sean “firmes pero tolerantes” en esta etapa, y desde luego el consejo es bueno. De esta manera, el niño desarrollará tanto un autocontrol como una autoestima importantes.

Por otra parte, en vez de esta actitud descrita, es bastante fácil que el niño desarrolle un sentido de vergüenza y duda. Si los padres acuden de inmediato a sustituir las acciones dirigidas a explorar y a ser independiente, el niño pronto se dará por vencido, asumiendo que no puede hacer las cosas por sí mismo. Debemos tener presente que el burlarnos de los esfuerzos del niño puede llevarle a sentirse muy avergonzado, y dudar de sus habilidades.

También hay otras formas de hacer que el niño se sienta avergonzado y dudoso. Si le damos al niño una libertad sin restricciones con una ausencia de límites, o si le ayudamos a hacer lo que él podría hacer solo, también le estamos diciendo que no es lo suficientemente bueno. Si no somos lo suficientemente pacientes para esperar a que el

niño se ate los cordones de sus zapatos, nunca aprenderá a atárselos, asumiendo que esto es demasiado difícil para aprenderlo.

No obstante, un poco de vergüenza y duda no solo es inevitable, sino que incluso es bueno. Sin ello, se desarrollará lo que Erikson llama **impulsividad**, una suerte de premeditación sin vergüenza que más tarde, en la niñez tardía o incluso en la adultez, se manifestará como el lanzarse de cabeza a situaciones sin considerar los límites y los atropellos que esto puede causar.

Peor aún es demasiada vergüenza y duda, lo que llevará al niño a desarrollar la malignidad que Erikson llama **compulsividad**. La persona compulsiva siente que todo su ser está envuelto en las tareas que lleva a cabo y por tanto todo debe hacerse correctamente. El seguir las reglas de una forma precisa, evita que uno se equivoque, y se debe evitar cualquier error a cualquier precio. Muchos de ustedes reconocen lo que es sentirse avergonzado y dudar continuamente de uno mismo. Un poco más de paciencia y tolerancia hacia sus hijos podría ayudarles a evitar el camino recorrido que ustedes han seguido. Y quizás también deberían darse un respiro ustedes mismos.

Si logramos un equilibrio apropiado y positivo entre la autonomía y la vergüenza y la culpa, desarrollaremos la virtud de una **voluntad poderosa** o determinación. Una de las cosas más admirables (y frustrantes) de un niño de dos o tres años es su determinación. Su mote es “puedo hacerlo”. Si preservamos ese “puedo hacerlo” (con una apropiada modestia, para equilibrar) seremos mucho mejores como adultos.

Estadio III

Este es el estadio **genital-locomotor** o la edad del juego. Desde los 3-4 hasta los 5-6 años, la tarea fundamental es la de aprender la **iniciativa** sin una **culpa exagerada**.

La iniciativa sugiere una respuesta positiva ante los retos del mundo, asumiendo responsabilidades, aprendiendo nuevas habilidades y sintiéndose útil. Los padres pueden animar a sus hijos a que lleven a cabo sus ideas por sí mismos. Debemos alentar la fantasía, la curiosidad y la imaginación. Esta es la época del juego, no para una educación

formal. Ahora el niño puede imaginarse, como nunca antes, una situación futura, una que no es la realidad actual. La iniciativa es el intento de hacer real lo irreal.

Pero si el niño puede imaginar un futuro, si puede jugar, también será responsable...y culpable. Si mi hijo de dos años tira mi reloj en el váter, puedo asumir sin temor a equivocarme que no hubo mala intención en el acto. Era solo una cosa dando vueltas y vueltas hasta desaparecer. ¡Qué divertido!. ¡Pero si mi hija de cinco años lo hace...bueno, deberíamos saber qué va a pasar con el reloj, qué ocurrirá con el temperamento de papá y que le ocurrirá a ella!. Podría sentirse culpable del acto y comenzaría a sentirse culpable también. Ha llegado la capacidad para establecer juicios morales.

Erikson es, por supuesto, un freudiano y por tanto incluye la experiencia edípica en este estadio. Desde su punto de vista, la crisis edípica comprende la renuencia que siente el niño a abandonar su cercanía al sexo opuesto. Un padre tiene la responsabilidad, socialmente hablando, de animar al niño a que “crezca”; “¡que ya no eres un niño!”. Pero si este proceso se establece de manera muy dura y extrema, el niño aprende a sentirse culpable con respecto a sus sentimientos.

Demasiado iniciativa y muy poca culpa significa una tendencia maladaptativa que Erikson llama **crueledad**. La persona cruel toma la iniciativa. Tiene sus planes, ya sea en materia de escuela, romance o política, o incluso profesión. El único problema es que no toma en cuenta a quién tiene que pisar para lograr su objetivo. Todo es el logro y los sentimientos de culpa son para los débiles. La forma extrema de la crueldad es la sociopatía.

La crueldad es mala para los demás, pero relativamente fácil para la persona cruel. Peor para el sujeto es la malignidad de culpa exagerada, lo cual Erikson llama **inhibición**. La persona inhibida no probará cosa alguna, ya que “si no hay aventura, nada se pierde” y particularmente, nada de lo que sentirse culpable. Desde el punto de vista sexual, edípico, la persona culposa puede ser impotente o frígida.

Un buen equilibrio llevará al sujeto a la virtud psicosocial de **propósito**. El sentido del propósito es algo que muchas personas anhelan a lo largo de su vida, aunque la mayoría de ellas no se dan cuenta que, de hecho, ya llevan a cabo sus propósitos a través de su imaginación y su iniciativa. Creo que una palabra más acertada para esta virtud hubiera sido coraje; la capacidad para la acción a pesar de conocer claramente nuestras limitaciones y los fallos anteriores.

Estadio IV

Esta etapa corresponde a la de **latencia**, o aquella comprendida entre los 6 y 12 años de edad del niño escolar. La tarea principal es desarrollar una capacidad de **laboriosidad** al tiempo que se evita un sentimiento excesivo de **inferioridad**. Los niños deben “domesticar su imaginación” y dedicarse a la educación y a aprender las habilidades necesarias para cumplir las exigencias de la sociedad.

Aquí entra en juego una esfera mucho más social: los padres, así como otros miembros de la familia y compañeros se unen a los profesores y otros miembros de la comunidad. Todos ellos contribuyen; los padres deben animar, los maestros deben cuidar; los compañeros deben aceptar. Los niños deben aprender que no solamente existe placer en concebir un plan, sino también en llevarlo a cabo. Deben aprender lo que es el sentimiento del éxito, ya sea en el patio o el aula; ya sea académicamente o socialmente.

Una buena forma de percibir las diferencias entre un niño en el tercer estadio y otro del cuarto es sentarse a ver cómo juegan. Los niños de cuatro años pueden querer jugar, pero solo tienen conocimientos vagos de las reglas e incluso las cambian varias veces a todo lo largo del juego escogido. No soportan que se termine el juego, como no sea tirándoles las piezas a su oponente. Un niño de siete años, sin embargo, está dedicado a las reglas, las consideran algo mucho más sagrado e incluso puede enfadarse si no se permite que el juego llegue a una conclusión estipulada.

Si el niño no logra mucho éxito, debido a maestros muy rígidos o a compañeros muy negadores, por ejemplo, desarrollará entonces un sentimiento de inferioridad o incompetencia. Una fuente adicional de inferioridad, en palabras de Erikson, la constituye

el racismo, sexismo y cualquier otra forma de discriminación. Si un niño cree que el éxito se logra en virtud de quién es en vez de cuán fuerte puede trabajar, entonces ¿para qué intentarlo?

Una actitud demasiado laboriosa puede llevar a la tendencia maladaptativa de **virtuosidad dirigida**. Esta conducta la vemos en niños a los que no se les permite “ser niños”; aquellos cuyos padres o profesores empujan en un área de competencia, sin permitir el desarrollo de intereses más amplios. Estos son los niños sin vida infantil: niños actores, niños atletas, niños músicos, niños prodigio en definitiva. Todos nosotros admiramos su laboriosidad, pero si nos acercamos más, todo ello se sustenta en una vida vacía.

Sin embargo, la malignidad más común es la llamada **inercia**. Esto incluye a todos aquellos de nosotros que poseemos un “complejo de inferioridad”. Alfred Adler habló de ello. Si a la primera no logramos el éxito, ¡no volvamos a intentarlo!. Por ejemplo, a muchos de nosotros no nos ha ido bien en matemáticas, entonces nos morimos antes de asistir a otra clase de matemáticas. Otros fueron humillados en el gimnasio, entonces nunca harán ningún deporte o ni siquiera jugarán al raquetball. Otros nunca desarrollaron habilidades sociales (la más importante de todas), entonces nunca saldrán a la vida pública. Se vuelven seres inertes.

Lo ideal sería desarrollar un equilibrio entre la laboriosidad y la inferioridad; esto es, ser principalmente laboriosos con un cierto toque de inferioridad que nos mantenga sensiblemente humildes. Entonces tendremos la virtud llamada **competencia**.

DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad comúnmente confundida con la tristeza ya que la mayoría de los seres humanos ha experimentado en algún momento de su vida la tristeza, desde ligera a severa, error que es provocado por la similitud de los síntomas y al mismo tiempo coadyuvado por el mal uso del término “depresión” en la sociedad. Pero para poder ser definido como un trastorno depresivo tiene que existir la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de sus vidas. Es decir, tienen depresión por más de dos semanas de manera repetida, con intervalos de bienestar relativo, y re-aparición de la manifestación de depresión con duraciones cada vez más prolongadas. Y/O deberá cumplir con los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos provistos por los manuales diagnósticos, siendo estos criterios analizados por un profesional calificado.

Por eso estar deprimido, no es algo que de pronto aparezca, habitualmente su inicio es poco claro y puede iniciar por síntomas corporales, de los llamados somáticos (o somatiformes), que hacen pensar al deprimido, que está enfermo de algo diferente a la depresión. Dolores de cabeza, espalda, sensación de piernas y brazos pesados, fatiga, decaimiento, son datos iniciales de depresión. Posteriormente pueden aparecer las ideas de tristeza, el recuerdo de experiencias tristes, desagradables y embarazosas que se tuvo en el pasado, y entonces la persona se aísla, se le dificulta el trato con los demás, se torna irritable, sombrío, esta constantemente con ideas de culpa por eventos del pasado o por situaciones en donde omitió tal o cual acción. Finalmente, cuando menos espera está de nuevo deprimido.

Así bien se debe entender que la importancia al momento de determinar si existe en la persona una depresión o no, se tomara en consideración principal los síntomas de la depresión en sí, ya que no depende puramente de la frecuencia, sino de criterios cualitativos como la capacidad contaminante que posean, sus repercusiones y el peso que tengan en el conjunto de la personalidad, entre estos debemos buscar ciertos de ellos que vamos a encontrar siempre como, la ansiedad, la tristeza, las conductas violentas o hiperactivas y otras conductas motoras (siendo estos los indicadores más llamativos). Pero sería un error creer que su conocimiento es suficiente, ya que se debe analizar su

profundidad dentro de la dinámica funcional de la personalidad del individuo en cuestión, ya que si bien se analizara cada uno por separado para profundizar en ellos, también se debe interrelacionar los síntomas, para conocer su interdependencia y afinidad funcional. Entro de las alteraciones del estado de ánimo de la persona.²

HISTORIA DE LA DEPRESIÓN

El descubrimiento de la depresión se le atribuye a los griegos por medio de Hipócrates los que describieron el estado de tristeza denominándolo melancolía (bilis negra), este estado estaba caracterizado por una aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. La influencia del planeta Saturno, hacia que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema.³

Durante la historia otras culturas daban sus descripciones de la depresión como de acuerdo a sus creencias en ese momento, como en la Biblia donde un rey enemigo de Isabel dijo: “...lleno de turbación púsose en cama y enfermó de tan intensa pena que... permaneció así en aquel lugar muchos días, porque iba aumentando su tristeza, de forma que pensó que moría de tan abatido y oprimido de pesares como se encontraba... ¡En qué abismo de tristeza me hallo... se me presentan a la memoria los males que causé... ME MUERO DE MELANCOLIA...!”⁴. De acuerdo a este pensamiento cristiano se creía que la depresión era un pecado.

Desde los inicios de las civilizaciones se ha observado la existencia de la depresión la cual fue vista de acuerdo a las tradiciones de cada cultura siendo esta mágica o divina en la que se debía dar tipos de “tratamiento especial” para ser curada o perdonada. Pero la parte importante de esto es poder observar como ha ido variando su definición y su entendimiento de cultura a cultura y de siglo en siglo hasta llegar a la era actual, donde hemos llegado a tener la mejor descripción de la depresión hasta el

² Collados, José. “La depresión en niños y adolescentes”, SAN PABLO, España, 2001, pp 30

³ Jackson, Stanley W. “Historia de la melancolía y la Depresión”, TURNER, Madrid, 1989, pp 12

⁴ Dr. Vallejo-Nágera, Juan Antonio, “Ante la depresión”, Ed. PLANETA. Barcelona 1999, Pág.59

momento, esto provisto por los avances científicos, culturales de nuestra época y por supuesto gracias a los aportes de ciencia y conocimiento como Freud, Kraepelin y muchos otros que, si bien observaron la depresión desde diferentes puntos de vista, proveyeron de información invaluable para el entendimiento de la misma.

TIPOS DE TRASTORNOS

Existen 3 tipos de trastornos generales considerados dentro de la depresión, los cuales son, trastorno depresivo mayor (episodio único y recidivante), trastorno depresivo bipolar (maniaco-depresivo) y trastorno distímico.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Los enfermos depresivos se sienten tristes, desesperanzados y sumidos en la melancolía. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El trastorno depresivo mayor se subdivide en: trastorno depresivo mayor, episodio único y trastorno depresivo mayor, recidivante.

Para poder ser diagnosticado para el trastorno depresivo mayor el paciente deberá cumplir con los siguientes criterios diagnósticos:

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

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Para poder ser diagnosticado para el trastorno depresivo mayor, episodio único el paciente deberá cumplir con los siguientes criterios diagnósticos:

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Para poder ser diagnosticado para el trastorno depresivo mayor, recidivante el paciente deberá cumplir con los siguientes criterios diagnósticos:

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos

- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípleos
- De inicio en el posparto

Especificar:

- Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)
- Con patrón estacional.⁵

TRASTORNO DEPRESIVO BIPOLAR (MANÍACO-DEPRESIVO)

Se trata de un trastorno caracterizado por dos episodios al menos en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en algunas veces la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y el nivel de actividad (manía). Otras veces, ocurre todo lo contrario (depresión). El comportamiento de un enfermo puede variar desde la histeria, hiperactividad, hipocondría, hasta la inactividad y los impulsos suicidas.

Para poder ser diagnosticado el paciente deberá cumplir con los criterios para el diagnóstico de depresión durante el periodo depresivo y luego cumplir con los criterios diagnósticos del episodio maniaco que son:

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. autoestima exagerada o grandiosidad

⁵ López-Ibor Aliño, Juan José, Valdés Miyar, Manual, “DSM-IV-TR: breviario: criterios diagnósticos”, Elsevier, España, 2002 pp 80

2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)

3. Más hablador de lo habitual o verborreico

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado

5. Distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)

6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora

7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad medica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.⁶

TRASTORNO DISTÍMICO

Este trastorno es parecido a la del trastorno depresivo mayor. Los síntomas que suelen apreciarse en los enfermos con este trastorno suelen ser la pérdida de interés por todo, el autismo, los sentimientos de culpa.

Para poder ser diagnosticado el paciente deberá cumplir con los siguientes criterios diagnósticos:

⁶ Idem pp 90

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.⁷

DEPRESIÓN INFANTIL

Las referencias al contenido de lo que constituyen las depresiones infantiles son relativamente extensas y datan de hace pocos años. Es evidente que con el tiempo se ha modifica en buena parte la terminología, ya que todo estaba en una forma burda y aglomerada, en la actualidad se ha ido delimitando su propio concepto. Sin delimitación precisa, ni cronológica, ni conceptual se señalan las grandes etapas por las que paso este trastorno para poder evolucionar, estas etapas se pueden limitar a 4 que son:

1. Un período inicial, el más extenso en el tiempo, en el que encontramos referencias al concepto de melancolía, que aunque principalmente referido a los adultos, hacia alguna alusión a la infancia. El texto más representativo es la extensa y erudita *Anatomía de la melancolía*, de Robert Burton (1621). En esta etapa, otro término hizo fortuna, durante bastantes años, fue el de “lipemania”.
2. Ya en el siglo XIX encontramos dos agrupamientos de mayor interés. De un lado, el representado por el inicio de la aparición de textos de psiquiatría infantil o, si se prefiere de monografías sobre patología mental infantil. En este periodo, relativamente prolongado, las referencias a la melancolía no son punteras. En este siglo aparecen referencias muy numerosas acerca del tema concreto del suicidio infantil, relacionándolo obviamente con la depresión, aunque no ignoramos que no es este su único origen.
3. Este periodo comprende, grosso modo, la primera mitad del siglo pasado, el término depresión, el concepto de depresión va imponiendo a través de una literatura abundante, donde progresivamente se fija el término

⁷ Idem 96

“depresión”, desde la primera década del siglo XX, así como también el crecimiento interés despertado en pedagogos y psicólogos. Gracias a las muchas aportaciones del psicoanálisis, cuyas influencias son predominantes en aquel contexto histórico y científico.

4. Este último periodo, mucho más reciente, está representado por la consideración de las depresiones como un importante capítulo de la psiquiatría gráfica, en la que se hacen análisis muy detallados de algunos aspectos concretos de la enfermedad depresiva, especialmente los que se refieren a la epidemiología, a las técnicas de diagnóstico y a la intervención terapéutica. Todo lo cual ha llevado a modificaciones y precisiones incesantes, que todavía hoy perduran en el concepto de depresión infantil.⁸

Pero aun actualmente no existe una clasificación exclusiva para el trastorno de depresión infantil dentro de los manuales diagnósticos, sino que comparte los mismos criterios diagnósticos que la depresión en adultos.

A pesar de esto una definición abreviada de la depresión infantil puede ser como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor, cuando los síntomas son mayores de 2 semanas, y de trastorno distímico, cuando estos síntomas pasan de un mes.

Los especialistas en depresión infantil especifican que se ubican en dos tendencias, a saber: los evolucionistas, que opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la que se presenta, sostienen pues la existencia de una DI Evolutiva, y aquellos que sostienen la existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta, de allí el nombre de *DI Enmascarada*, puesto que muchos profesionales equivocan su diagnóstico.⁹

⁸ Polaino Lorente, Aquilino, Las depresiones infantiles, MORATAYA, Madrid, 1988. pp 16

⁹ del Barrio, V. Depresión infantil, ARIEL. Barcelona. 1997 pp 40

CRITERIOS Y SINTOMAS EMOCIONALES

Como se especifico anteriormente los criterios diagnósticos para la DI, de acuerdo a los manuales de clasificación, utilizan los mismo criterios que en la depresión de adultos, aun con esto, existen ciertas actitudes y emociones que se pueden observar en el niño o niña que se pueden utilizar para poder identificar la depresión infantil, las principales y mas llamativas o significativas serán:

- está continuamente triste, llorando con más facilidad
- pierde el interés por los juegos preferidos y por la escuela
- se aleja de sus amigos y de la familia
- presenta una comunicación pobre
- se aburre y se cansa con facilidad
- presenta menos energía o concentración
- se queda irritable o demasiado sensible frente a pequeñas frustraciones, montando rabietas o berrinches con más facilidad.
- se le nota extremadamente sensible hacia el rechazo y el fracaso
- expresa baja autoestima, depreciándose a ellos mismos
- elige "finales tristes" para sus cuentos y representaciones
- se comporta de una manera agresiva
- se queja constantemente de dolores tales como de cabeza o de estómago
- duerme demasiado o muy poco
- come demasiado o muy poco
- sufre una regresión, hablando como un bebé u orinándose en la cama
- habla de suicidio
- habla de escaparse de la casa

Estas características y algunas otras, se han conseguido gracias a las numerosas investigaciones que se han realizado acerca del tema, con lo cual se ha llegado a la aceptación de los siguientes criterios, como medio diagnóstico a un nivel de desempeño, aun cuando no están completamente reconocidos por las entidades de la salud mental. En estos criterios de la depresión infantil tendremos: tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida.¹⁰

CAUSAS DE LA DEPRESION INFANTIL

Muchas veces se describen los llamados, motivos más habituales de una depresión infantil de una manera simple y directa llegando a conclusiones como: la deficiencia en las habilidades sociales y acontecimientos traumáticos en la vida del niño (mal rendimiento escolar, imposibilidad de integración social con grupos de pares, etc.); experiencias de fracasos, modelos depresivos cercanos, ausencia de control (familiares referentes que atraviesan cuadros depresivos pueden ser imitados por los niños, fracasos sociales, etc.); disfunción del sistema neuroendócrino, disminución significativa de los niveles de serotonina, por herencia, etc. (alteraciones hormonales, padres depresivos, etc.). Pero todas estas explicaciones terminan siendo simplistas y burdas, ya que si bien son causas válidas y reales, si se toman como unidades apartadas entre sí, nos llevarán a la raíz de la mayoría de las alteraciones psicopatológicas en la infancia, en la adolescencia y en la adultez. Por lo tanto se deberá entender que un trastorno tan complejo como la depresión infantil posee una etiología pluricausal, es por esto que al abordar la depresión infantil se deberá realizar un análisis multifactorial en el cual se no solo se toman las causas concomitantes, sino que también se entienden los factores y circunstancias que influyen e intervienen en la aparición, modificación o evolución del o de los trastornos afectivos que se estudien. Teniendo siempre en cuenta que las causas no siempre serán las mismas de individuo a individuo, es por esto que se debe de tomar una clasificación

¹⁰ Idem 56

amplia y no excluyente en la cual se incluyan otros factores de causalidad e influencias igualmente etiologicas.¹¹

Se consideran los siguientes factores los primordiales para poder entender las causas de dichas depresiones aun bien cuando puede que no sean los únicos, deberán de ser observados, analizados y considerados al momento de entender el porque de la depresión infantil.

FACTORES FAMILIARES

La familia es el entorno más inmediato del niño, su microcosmos y en sus cuidados y atención se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto humano, pero no sólo su supervivencia física, sino personal ya que el niño desde los 0 meses hasta los 3 años, desarrolla todos los elementos básicos con los que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos, motivaciones. Por lo tanto se debe entender la importancia de la familia, bien como escudo o como factor de riesgo de todo tipo de problemas infantiles, es algo perfectamente documentado y aceptado por todos los estudiosos de la psicopatología infantil. En el caso de la depresión, es perfectamente claro que las relaciones afectivas entre los miembros de la familia y la depresión materna son los dos factores que guardan una más estrecha relación con la incidencia de la depresión en el niño. Las relaciones afectivas positivas madre-hijo, la armónica dinámica familiar, se consideran como los más importantes inhibidores de las respuestas depresivas precoces. Por el contrario, el distanciamiento, el abandono, el abuso psíquico y físico, problemas emocionales de padres son los más destacables factores de riesgo en el seno familiar.

FACTORES SOCIALES

Todo sujeto se socializa mediante una compleja interacción entre sus características personales, el núcleo familiar en el que se cría y la sociedad en la que éste está inmerso. Existe un flujo y reflujo entre estos tres factores que explican la conducta concreta del sujeto. Respecto de la depresión se ha estimado continuamente la

¹¹ Collados, José. “La depresión en niños y adolescentes”, SAN PABLO, 2001, pp 77

importancia de la calidad e incluso cantidad de las experiencias que el entorno brinda a cada cual. Si las experiencias son múltiples y positivas producen una resistencia diferencial ante la adversidad; si, por el contrario las experiencias son pocas o negativas el sujeto es más vulnerable a desarrollar un afrontamiento deficiente.

En relación con el entorno social inmediato (escuela/comunidad) son especialmente importantes los acontecimientos negativos y todo cambio que suponga pérdidas de aspectos positivos en la vida del niño. En este sentido, la clase social se convierte también en un elemento discriminativo importante, porque posibilita o impide el acceso a una serie de recursos que están directa o indirectamente ligados a la posibilidad de aparición de una depresión en el niño o adolescente. Así los acontecimientos negativos son más frecuentes en clases socioeconómicas de nivel medio-bajo y en el nivel bajo, y por el contrario también son más escasas o precarias las posibles soluciones a esos problemas, provocando así los primeros sentimientos de imposibilidad en una temprana edad.

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

FACTORES SITUACIONALES (ACONTECIMIENTOS VITALES)

La interpretación conductual sostiene que la depresión se produce por la ausencia de refuerzos, y si a esto se le añade la presencia continuada de experiencias negativas, que actúan como estímulos aversivos, es todavía más claro que la probabilidad de aparición de sentimientos depresivos puede elevarse cuando aquellas circunstancias están presentes en la vida del niño. Son acontecimientos negativos para los niños la desatención, el abuso, las amenazas, el fracaso, las malas notas, el rechazo, las separaciones, la enfermedad propia y la paterna, muertes familiares o de amigos y también pequeñas

contrariedades como burlas, pérdidas de objetos, cambios, riñas. La evaluación de los acontecimientos vitales en los niños plantea problemas de fiabilidad, sobre todo cuando se trata de acontecimientos lejanos; por eso la mayor parte de los estudiosos buscan investigar períodos próximos.

Algunos investigadores del tema han encontrado una relación positiva entre acontecimientos vitales negativos y depresión. En población infantil aparece un fenómeno paralelo: en los más pequeños los acontecimientos se centran en el mundo familiar y más tarde los compañeros y la escuela ocupan los lugares prioritarios.¹²

DIAGNOSTICO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Debido a la delicadez del tema que es dar un diagnostico psicopatologico a un niño, muchas veces los profesionales evitan emitir un diagnostico concreto, limitándose a premisas tentativas de lo que puede estar sucediendo con el niño, esto lo hacen por temor a las represarías de una familia que puede no aceptar dicho diagnostico y al escrutinio que pueden sufrir sus conclusiones y sus métodos diagnósticos. Pero esto no tiene que ser así ya que se puede lograr crear un diagnostico que englobe y defina la situación actual del niño que posiblemente tenga depresión infantil, claro que esto se podrá lograr si se realiza un proceso para realizar dicho diagnostico.

Para lograr crear este diagnostico se deben utilizar las diferentes herramientas que se han acoplado al análisis de los niños, tomando siempre en cuenta que debido a que el estado de salud mental en un niño estará rigurosamente apegado a sus principales fuentes de experiencia e interacción social, como lo son: la familia (patrones de crianza, expectativas de los padres, aceptación del hijo o hija, nivel educativo, nivel socioeconomico, relación con sus hermanos, etc), la escuela (interacción con sus compañeros, capacidades de aprendizaje, desenvolvimiento social, atención por parte de los maestros, etc), la comunidad (desenvolvimiento satisfactorio, participación en las actividades grupales, etc). Donde cada una de estas situaciones deben observarse y entenderse para conocer como es que el niño se comprende a si mismo, en relación a lo

¹² del Barrio, V. "Depresión infantil", ARIEL. Barcelona. 1997. pp 80

que su entorno le dice de si mismo. Esto lo podremos conocer observándolo en estos diferentes entornos, además de esto también podremos entrevistar a los personajes principales de estos (padres, hermanos, maestros, compañeros, etc).

Y las herramientas con las que se cuentan actualmente son diversos entre los que tenemos los tests psicometricos, entre los mas utilizados y aceptados estan, el Child Depression Inventory CDI (Kovacs y Beck,1977) y el Child Depression Scale CDS (Tisher y Lang,1974), también podremos utilizar las entrevistas enfocadas hacia padres, maestros y compañeros, con el fin de obtener mayor información, estas entrevistas se pueden realizar de acuerdo a los datos que se necesitan, pueden ser de propia creación siempre, para lo cual se pueden utilizar alguno de los diferentes textos respecto al tema para seguir los lineamientos ahí recomendados. Por ultimo tendremos la observación que será muy importante en todo diagnostico infantil, ya que debido a la edad de los pacientes puede que no comprendan por lo que están pasando o bien puede que no tengan la capacidad de expresar sus sentimientos para y con el fin de recibir o definir la ayuda que necesita. Estos grosso modo son las principales herramientas a utilizar en este tipo de diagnostico, pero cabe resaltar que deben interrelacionarse entre si para poder tener validez y eficacia.

DEPRESIÓN INFANTIL EN GUATEMALA

Tristemente en nuestro país este tema ha sido poco tratado, al igual que muchas de las demás alteraciones psíquicas, aun cuando debemos reconocer que debido a la composición de nuestra sociedad actual, la depresión tanto en niños como en adultos es un problema real que se va incrementando y creando un ciclo que se transmite de padres a hijos por medio de los patrones de crianza que se interiorizan en cada uno de los guatemaltecos, a los que en algún momento debido a los escasos recursos les hizo falta alguna necesidad básica o bien fueron privados del afecto paterno o materno a causa de los horarios de trabajo o incluso pueden haber sido privados de la existencia del mismo a causa de un acto de violencia. Y estos son solo uno de los tantos factores que hacen a Guatemala un lugar perfecto para la depresión, un lugar donde no tenemos entidades que salvaguarden el bienestar de la salud mental de los niños. Agregado a eso la educación

continúa disminuyendo a causa del poco interés que se le da por parte de quienes nos gobiernan, por la falta de recursos y las malas instalaciones educativas. Y si bien esto se observa en la capital de la república en un grado alarmante, es aun mayor como se presenta en el interior de la república. Por esto es necesario emprender diferentes trabajos de investigación que creen conocimiento acerca de las necesidades y posibles ayudas que se le pueda dar a aquellos niños que sufren los efectos de la depresión infantil pero no tienen la capacidad de expresar la necesidad de ayuda ya que dentro de nuestra propia cultura, es esperado que un niño no tenga problemas emocionales, limitándolo a la idea de que un niño siempre tiene que estar feliz.

LA DEPRESIÓN INFANTIL EN LA DISCAPACIDAD FÍSICA CONGÉNITA

Este tema es aun menos tratado en la actualidad debido a que las diferentes discapacidades siempre han sido abordadas desde un punto de vista médico, en el cual se cree que se cura completamente a un paciente con cierta discapacidad física por medio de una prótesis u ortesis, que le permita a la persona un desplazamiento “normal” y un nivel funcional aceptable, pero cabe resaltar que se debe empezar a entender que existen situaciones psicosociales que afectan la forma en que la persona discapacitada se mira a si misma en relación al reflejo obtenido por la familia y la sociedad debido a la previa discapacidad.

Es una alteración mayor al momento de hablar de una discapacidad física proveniente del nacimiento (congénita), ya que esta altera la evolución del desarrollo de las capacidades del niño, haciendo propensa la aparición de la depresión infantil la cual pone en peligro la individualidad y la dimensión social de la persona.

DISCAPACIDAD

La Organización Mundial de la Salud ofrece estas definiciones:

Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

DEFICIENCIA

Es la pérdida o la anormalidad de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica, que puede ser temporal o permanente. Entre las deficiencias se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida por un miembro, órgano, tejido o cualquier otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental.

CLASIFICACIÓN

DISCAPACIDAD FÍSICA

Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico) y amputaciones.

DISCAPACIDAD SENSORIAL

Comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el síndrome Down y la parálisis cerebral.

DISCAPACIDAD PSÍQUICA

Las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales.

DISCAPACIDAD FÍSICA

Causas de los diferentes tipos de discapacidad, sus limitaciones y potencialidades:

La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas.

Las causas de la discapacidad física muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición de prematuro del bebé o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular en consecuencia de accidentes (zambullido, por ejemplo) o problemas del organismo (derrame, por ejemplo).

Según la causa de la discapacidad física, la parte neurológica también puede afectarse; en estos casos, decimos que hay una deficiencia neuro-motora. Algunas personas podrán tener dificultades para hablar, para andar, para ver, para usar las manos u otras partes del cuerpo, o para controlar sus movimientos.

Ciertos niños con discapacidad neuro-motora serán capaces de sentarse sin soporte o auxilio, mientras otras necesitarán ayuda para la mayoría de las tareas de la vida diaria.

Para que no haya atraso en su desarrollo, es necesario que al ser diagnosticada de forma precoz la discapacidad o que ante la sospecha de cualquier lesión neuro-motora, el niño sea inmediatamente atendido por un profesional especializado.

Al intentar definir cualquier tipo de discapacidad, sin embargo, es necesario enfocar también las aptitudes que esta persona posee, en vez de enfatizar solamente lo que ella no puede hacer o tiene dificultad de hacer sola.

DISCAPACIDAD MENTAL

Definición adoptada por la Asociación Americana de Discapacidad Mental e informaciones generales sobre las causas de ese tipo de discapacidad

Según la definición adoptada por AAMR (American Association of Mental Retardation - Asociación Americana de Discapacidad Mental), la discapacidad mental es una "función intelectual significativamente por debajo del promedio, que coexiste con limitaciones relativas a dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, auto-cuidado, habilidades sociales, participación familiar y comunitaria, autonomía, salud y seguridad, funcionalidad académica, de ocio y trabajo. Se manifiesta antes de los dieciocho años de edad."

A pesar de los avances recientes de la medicina, muchas veces no es posible, todavía, establecer con claridad la causa de la discapacidad mental de una persona, pero se pueden señalar tres tipos de factores:

- prenatales (que inciden desde la concepción del bebé hasta el inicio del trabajo de parto)
- peri natales (que actúan desde el inicio del trabajo de parto hasta el 30° día de vida del bebé)
- pos-natales (que actúan desde el 30° día de vida del bebé hasta el final de la adolescencia)

Son ejemplos de factores prenatales la desnutrición materna, la mala asistencia médica a la gestante, la presencia de enfermedades infecciosas como sífilis, rubéola y

toxoplasmosis en la madre, efectos colaterales de medicamentos teratogénicos (o sea, que afectan la estructura y el desarrollo de la anatomía del bebé), alteraciones cromosómicas, como el síndrome de Martin Bell y el síndrome de Down, y las alteraciones en el metabolismo (por ejemplo, la fenilcetonuria, el síndrome de Williams y la esclerosis tuberosa).¹³

Entre los factores peri natales de la discapacidad mental se cuentan los traumas de parto, la oxigenación cerebral insuficiente, la condición de prematuro y la incompatibilidad sanguínea entre madre e hijo debido a la presencia del factor RH en solamente uno de los dos.

Desnutrición, deshidratación grave, carencia de estimulación global e infecciones como las meningo-encefalitis y el sarampión están entre las causas pos natales de esa discapacidad. Otros factores son el envenenamiento por productos químicos con plomo y mercurio y la neurocisticercosis (cuando la larva de la taenia solium, popularmente denominada solitaria, se hospeda en el cerebro). Sin embargo, numerosos factores emocionales, alteraciones en las actividades nerviosas, disturbios de aprendizaje, alteraciones específicas de lenguaje o dislexia, psicosis, bajo nivel socio económico o cultural, además de la carencia de estímulos pueden explicar la imposibilidad de ajuste social adecuado en una persona sin que necesariamente exista una discapacidad mental.

El portador de discapacidad mental no tiene alterada la percepción de sí mismo y de la realidad, siendo por lo tanto, capaz de decidir lo que es mejor para él. Cuando la percepción se encuentra alterada, la condición se denomina enfermedad mental, lo que supone un cuadro totalmente diferente.

Es importante destacar que, en un promedio, de un 20 a un 30% de los discapacitados mentales presentan asociación con algún tipo de enfermedad mental, como el síndrome del pánico, la depresión y la esquizofrenia. Esas enfermedades

2 Cubillo M.A., Guevara J. y Pedroza A. "Discapacidad humana, presente y futuro. El reto de la rehabilitación en México". México, Universidad del Valle de Tlaxcala, 2000.: pp 51-63.

perjudican, primariamente, otras áreas del cerebro que son la de la inteligencia, como, por ejemplo, la de la capacidad de concentración y la del humor.

Discapacidad Congenita

Congénito es cualquier rasgo que está presente desde el nacimiento, o sea que es adquirido durante el proceso de formación dentro del útero. Puede ser de origen genético, físico (radiación, etc), químico (fármacos, tóxicos), o infeccioso (rubéola, varicela, sífilis, etc), sustancias **cancerígenas**, agentes teratogénicos (alcohol, estrógenos sintéticos, VIH, toxoplasma, etc).

En las enfermedades congénitas, para un tratamiento, es necesario un diagnóstico preciso, la intervención a tiempo, antes de que sobrevengan las lesiones de tejidos (titulares) irreversibles y el conocimiento de alteraciones bioquímicas y de funcionamiento del metabolismo.

Las **enfermedades congénitas** abarcan problemas como la reducción de la fertilidad, abortos espontáneos, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer, deficiencias del desarrollo.

Lo más aconsejable es prevenir las enfermedades congénitas, para ello se recurre al diagnóstico prenatal, compuesto por una serie de pruebas: citológicas (de las células), bioquímicas, con las que se pueden detectar algunas anomalías. Para realizar estas pruebas es necesario tomar muestras e líquido amniótico y del cordón umbilical.

Una enfermedad congénita es una anomalía de la estructura, funcionamiento o metabolismo, presente desde el nacimiento, que provoca una incapacidad física, mental o la muerte.

Causas de las enfermedades congénitas:

Entre el 60-70% de los casos de enfermedades congénitas tienen causas desconocidas, los restantes se deben a factores genéticos o ambientales.

Basta con un único gen anormal para causar un defecto congénito. El ser humano tiene un mínimo de 30.000-35.000 genes, que se ocupan de determinar rasgos (**ojos**, piel, etc), controlan el crecimiento y desarrollo de los componentes físicos y químicos. Un niño recibe los genes de sus padres por partes iguales.

La transmisión de un gen anormal por parte de uno de los padres puede dar origen a enfermedades genéticas, se trata de un gen dominante, y puede originar enfermedades como: acondroplasia (una forma de enanismo), síndrome de Marfan (enfermedad del tejido conjuntivo).

Otras *enfermedades congénitas* sólo se heredan si ambos padres son portadores del mismo gen anormal y lo transmiten al niño (herencia recesiva), como la enfermedad de Tay-Sachs (trastorno que afecta principalmente a personas de origen judaico europeo), la fibrosis quística (trastorno de los pulmones y otros órganos, que afecta sobre todo a personas caucásicas). Otra forma de herencia ligada al cromosoma X, es aquella en que sólo los varones heredan la enfermedad de la madre portadora del gen, como ocurre en la hemofilia (deficiencia en la coagulación de la sangre) y la distrofia muscular de Duchenne (debilitación muscular progresiva).

Las causas ambientales pueden ser el abuso de drogas (alcohol, cocaína, etc), las infecciones, la exposición a medicamentos u otros productos químicos. Muchas enfermedades congénitas son producto de una combinación de agentes genéticos y ambientales como el labio leporino, pie torcido, fisura palatina, defectos cardíacos.¹⁴

MALFORMACIONES CONGENITAS EN LA MÉDULA ESPINAL

La mayoría de anomalías congénitas de la medula espinal se deben al cierre defectuoso del tubo neural durante la cuarta semana. Estas anomalías del tubo neural afectan a los tejidos que recubren la médula: meninges, arcos vertebrales, músculos y piel.

¹⁴

Richard Behrman, MD, Executive Chair, Pediatric Education Steering Committee, Federation of Pediatric Organizations, Menlo Park, CA; Clinical Professor of Pediatrics, Stanford University and the University of California, San Francisco, CA; George Washington University, Washington, DC pp 125-163

ESPINA BIFIDA QUÍSTICA

Las Espinas Bífidas graves, que incluyen protrucción de médula espinal, meninges o ambas a través del defecto en los arcos vertebrales, en conjunto se denominan espina bífida quística, debido al saco en forma de quiste que acompaña a estas anomalías. La espina bífida quística ocurre en alrededor de 1 por 1000 nacimientos. Cuando el saco contiene meninges y líquido cefalorraquídeo, el trastorno se denomina *espina bífida con meningocele*.

La médula espinal y sus raíces raquídeas se encuentran en suposición normal, pero puede haber anormalidades de la médula espinal. Si la médula espinal, las raíces raquídeas o ambas se encuentran dentro del saco, la deformación se denomina *espina bífida con meningomielocèle*. *Mielo* significa médula espinal (del griego *mielos*, médula).

Los meningoceles son raros comparados con los meningomieloceles. A menudo, los casos graves de espina bífida con meningomielocèle que incluye varias vértebras se acompañan de ausencia parcial del encéfalo, meroanencefalia o anencefalia.

La espina bífida quística se relaciona con grados variables de déficit neurológico, suele haber pérdida de sensación en el dermatoma correspondiente aunada a parálisis total o parcial del músculo esquelético.

El nivel de la lesión determina el área de anestesia y los músculos afectados, por lo común en meningomieloceles lumbosacros hay parálisis de esfínteres.¹⁵

ESPINA BIFIDA OCULTA

Este defecto en el arco vertebral es consecuencia de falta de crecimiento normal y fusión en el plano medio de las mitades embrionarias del arco. La espina bífida oculta ocurre en las vértebras L5 o S1 alrededor de 10% de personas normales por otra parte.

¹⁵ Idem 187-192

En su forma más leve, su única indicación de su presencia puede ser un hoyuelo pequeño con un mechón de pelo que surge del mismo. La espina bífida oculta no suele producir síntomas clínicos. Un porcentaje pequeño de los niños afectados tiene importantes defectos funcionales de la médula espinal y raíces raquídeas subyacentes.

Signos y síntomas

- Dolor (en la espalda y/o las piernas)
- Debilidad en las piernas.
- Entumecimiento y/u otros cambios de sensación en las piernas y/o la espalda.
- Deformidades ortopédicas en las piernas, los pies y la espalda.
- Cambio en la función intestinal o urinaria

Las personas con probabilidad de anomalía subyacente de médula espinal deberían recibir una pronta evaluación médica-quirúrgica para prevenir los problemas neurológicos enumerados anteriormente.

MALFORMACIONES DE LAS EXTREMIDADES

Las anomalías menores de las extremidades son relativamente comunes y se pueden corregir habitualmente mediante intervención quirúrgica. Aunque las anomalías menores no suelen tener consecuencias medicas graves y de formar parte de un patrón reconocible de anomalías congénitas.

El periodo más crítico de desarrollo de las extremidades comprende desde el día 24 hasta el 36 después de la fecundación. Esta afirmación se basa en estudios clínicos de lactantes expuestos a talidomida, un potente teratógeno humano, durante el periodo embrionario. De esta manera, la exposición del agente teratógeno puede causar muchas anomalías en las extremidades, como la ausencia de las extremidades. Por tal motivo, un teratógeno que pudiera causar ausencia de las extremidades debe actuar antes del día 36, el final del periodo crítico de su desarrollo.

Entre los años 1957 y 1962 ocurrieron numerosos casos de anomalías graves de las extremidades como consecuencia de la ingesta de talidomida, el cual es ampliamente usado como sedante y antiemético, se retiró del mercado en diciembre de 1961.

Desde entonces se observó anomalías similares en raras ocasiones. A pesar de las consecuencias graves de este fármaco, en la actualidad es usado para el tratamiento de la Lepra y de otros trastornos diversos. Es además muy importante indicar que la Talidomida está totalmente contraindicada en mujeres en edad de procreación.

De esta manera las anomalías mayores de las extremidades aparecen en dos de cada 1000 recién nacidos. Casi todas ellas son causadas por factores genéticos. Además se han descubierto ciertas varias anomalías de la extremidad inferior presentaban una asociación con un patrón arterial aberrante similar que podría tener cierta importancia en la patogenia de estos defectos.

MALFORMACIONES DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES

TETRA-AMELIA

La Tetra Amelia es un mal congénito muy raro, se caracteriza por la ausencia de piernas y brazos.

MANO Y PIES HENDIDOS

En estas anomalías poco frecuentes (anomalías en pinza de langosta), falta uno o más dedos centrales como consecuencia de un fallo del desarrollo de uno o más rayos digitales. La mano o el pie se dividen en dos partes que se oponen entre sí como dos pinzas de una langosta, los dedos restantes están parcial o totalmente fusionados. (Sindáctila)

BRAQUIDACTILIA

Esta anomalía es poco común, consiste en el acortamiento de los dedos (de las manos o los pies), la cual se produce como consecuencia de la reducción de la longitud de las falanges, además suele ser hereditaria, como un rasgo dominante y con frecuencia se asocia a la talla baja.

SINDACTILIA

La Sindactilia aparece aproximadamente en uno de cada 2.200 nacimientos. La sindactilia cutánea es la anomalía más común de las extremidades. Es más frecuente en el pie que en la mano. La Sindactilia cutánea es consecuencia de la falta de degeneración de las membranas entre 2 o más dedos. En los casos graves existe fusión de varios dedos, pues en algunos casos hay fusión (sinostosis).

Se produce Sindactilia Ósea cuando las escotaduras entre los rayos de los dedos no se desarrollan a lo largo de la séptima semana, debido a lo cual no se separan los dedos. La sindactilia se presenta con mayor frecuencia entre los dedos tercero y cuarto de las manos, y segundo y tercero de los pies. Se ha publicado un caso de simpolidactilia, causado por mutaciones en el extremo amino-terminal, la parte que no se une a ADN de HoxD13.

POLIDACTILIA

Este es un trastorno genético donde un humano u otro animal nacen con más dedos en la mano o en el pie de los que le corresponde. Esta anomalía consiste en la presencia de dedos supernumerarios, los cuales son frecuentes, además tiene una herencia dominante. Es así que el dedo adicional no está formado por completo y carece de un desarrollo muscular adecuado; se trata, por tanto, de un dedo inútil. Si la mano está afectada, el dedo adicional suele ser interno o externo en lugar de central. En el caso del pie, el dedo adicional suele situarse en el lado lateral.

El dedo adicional es generalmente un pequeño pedazo de tejido fino y suave. A veces contiene hueso sin articulaciones; ocasionalmente el dedo se encuentra completo y funcional. El dedo extra suele ubicarse luego del meñique, menos frecuentemente del lado del pulgar e inusualmente entre medio de otros dedos. Suele ser una bifurcación de un dedo normal, y rara vez nace de la muñeca como los demás dedos.

Esta condición afecta a 2 de cada 1000 bebés nacidos vivos,¹ aunque la frecuencia aumenta en ciertos grupos.

- Las causas comunes de esta anomalía son:
- Distrofia torácica asfixiante
- Síndrome de Carpenter
- Síndrome de Ellis-van Creveld (displasia condroectodérmica)
- Polidactilia familiar
- Síndrome de Laurence-Moon-Biedl
- Síndrome de Rubinstein-Taybi
- Síndrome de Smith-Lemli-Opitz
- Trisomía 13¹⁶

MALFORMACIONES DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES AUSENCIA CONGÉNITA DE RADIO

En este tipo de anomalías el radio está parcial o totalmente ausente. La ausencia del radio suele ser consecuencia de factores congénitos. Es así que la mano del niño se empieza a desviar lateralmente (radialmente) y el cubito se arquea con la concavidad en el lado externo del antebrazo. Esta anomalía es debida a la falta de formación del primordio o mesenquimatoso del radio a lo largo de la quinta semana del desarrollo.

MALFORMACIONES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA CADERA

Esta deformidad aparece en uno de cada 1500 recién nacidos y es más frecuente en mujeres que en hombres.

La capsula de articulación de la cadera se relaja mucho al nacer y hay un subdesarrollo del acetábulo de la cadera y de la cabeza del fémur. La luxación ocurre casi siempre tras el nacimiento, por lo que se han propuesto dos factores etiológicos:

¹⁶ *Idem* pp.205-223

El desarrollo anómalo del acetábulo

Ocurre en alrededor del 15% de los lactantes con luxación congénita de la cadera, que es frecuentes en partos con nalgas, lo que sugiere que esta posición durante los meses terminales del embarazo puede comportar un desarrollo anómalo del acetábulo y la cabeza del fémur.

La laxitud articular generalizada

Constituye con frecuencia un trastorno de herencia dominante que parece estar relacionado con luxación congénita de la cadera. Esta anomalía suele seguir un patrón de herencia.

Las Luxaciones se pueden clasificar:

- **LUXACIÓN TÍPICA**
 - **PRENATAL:** la que se produce y puede evidenciar por estudio ecográfico en los días o semanas previos al nacimiento.
 - **PERINATAL:** la que se produce en el nacimiento o inmediatamente después.
 - **POSTNATAL O TARDÍA:** la que se produce en las semanas o meses después.

LUXACIÓN TERATOLÓGICA

Con frecuencia se usa como sinónimo de luxación *antenatal*. Ocurre en el periodo fetal, semanas antes del nacimiento, por lo que los cambios morfológicos adaptativos están presentes en el recién nacido. Se presenta en el momento del nacimiento siendo relativamente rebelde al tratamiento.

Los pacientes con enfermedades NEUROMUSCULARES como el mielomeningocele pueden presentar estas luxaciones teratológicas. También pueden

presentar la luxación de cadera que se produce por desequilibrio muscular tardíamente a lo largo de la infancia como también ocurre en pacientes con parálisis cerebral infantil.¹⁷

RODILLA VARA

Esta anomalía se caracteriza por las piernas arqueadas al estar de pie manteniendo los tobillos juntos y las rodillas separadas. Es frecuente por motivos de robustez del niño, su peso le puede provocar el arqueamiento de las piernas y caminar con la punta de los pies hacia adentro, un dato, este defecto se presenta más en niños que en niñas. Según los especialistas, este defecto desaparece de manera espontánea cuando cumple los 2 o 3 añitos.

SIRENOMELIA

Esta es una rara malformación congénita por la cual sus extremidades inferiores están unidas hasta el talón, asemejando la cola de un pez. Sólo existen tres casos de niños vivos en el mundo, es así que registra en 1 de 70.000 nacimientos de niños que no sobreviven más allá de los siete días debido a graves defectos de sus órganos vitales.

PIE LANGOSTA O HENDIDO

Una malformación congénita del pie en que por lo general una sola hendidura se extiende hacia la parte proximal del pie, a veces hasta el tarso, suelen faltar uno o más dedos. Una clasificación simple basada en la severidad de la deformidad se desarrolla en tres grupos: tipo I o pie hendido parcial central, tipo II o pie hendido completo hasta el tarso y tipo III o ausencia completa de primer a quinto rayo.

¹⁷ Idem pp 225-228

CAPITULO II

II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas

2.1.1 Técnica de muestreo.

La investigación se llevó a cabo en el departamento de Sololá; el muestreo que se utilizó es deliberado o intencional, no aleatorio, en este tipo de muestra se seleccionó a la población de una manera directa e intencionadamente, en el cual se seleccionaron a 9 niños, los cuales debieron cumplir con las características de: Presentar una discapacidad física congénita, que se encontraran entre 5 y 11 años de edad y que asistieran a las diferentes clínicas que conforman la coordinadora de discapacidad REHABIL durante el año 2011.

2.1.2 Técnicas de recolección de datos:

Las técnicas que se utilizaron en el trabajo de campo son las siguientes:

Entrevista a maestros

Esta entrevista se llevó a cabo en un horario de 9:00 AM a 12:00 PM, el día lunes en el centro educativo para niños discapacitados perteneciente al programa A.D.I.S.A ubicado en Santiago Atitlan, se utilizó una de las aulas de clases de este centro el cual fue provisto por parte de los directores del programa, donde se realizaron las entrevistas de forma individual. Y en un horario de 8 AM a 12 PM, el día martes en el centro de rehabilitación Fundabien ubicado en Panajachel, se utilizó la oficina de la directora de este centro, la cual fue provista por parte de las autoridades del mismo, donde se llevó a cabo la entrevista de forma individual.

Entrevista a padres

Esta se realizó en un horario de 9:00 AM a 1:00 PM los días lunes en el centro educativo para niños discapacitados perteneciente al programa A.D.I.S.A ubicado en Santiago Atitlan, se utilizó una de las aulas de clase de este centro, el cual fue provisto por parte de los directores del programa, donde se realizaron las entrevistas de forma individual a los padres de familia. Y en un horario de 8 AM a 12:30 PM, los días martes en el centro de rehabilitación Fundabien ubicado en Panajachel, se utilizó el área de terapia física de este centro, el cual fue provisto por parte de las autoridades del mismo, donde se llevara a cabo la entrevista de forma individual a los padres de familia.

Cuestionario de Depresión Infantil – CDI

La aplicación de este cuestionario se realizó los días lunes en un horario de 8:30 AM a 12:30 PM en el centro educativo para niños discapacitados perteneciente al programa A.D.I.S.A ubicado en Santiago Atitlan, se utilizó una de las aulas de clase, el cual fue provisto por parte de los directores del programa, donde se aplicó el cuestionario de forma individual, se contó con el apoyo de una traductora en caso de que el niño tuviera dificultades con algunas frases en el idioma español. Y en un horario de 8:30 AM a 12:00 PM en el centro de rehabilitación Fundabien ubicado en Panajachel, se utilizó el área de terapia física, el cual fue provisto por las autoridades de este centro, donde se llevó a cabo la aplicación de este cuestionario de forma individual,

Taller para disminuir la depresión en niños

Este taller se basó en un modelo cognitivo-conductual, donde participaron todo aquel niño y niña que presentara algún nivel de depresión infantil, estos estuvieron en acompañamiento de sus padres con el fin de incluir a los padres en la solución, en este taller se inició realizando un análisis de la conducta actual de los participantes donde nos mostraron las secuencias conductuales y las contingencias sobre las que había que actuar. Al obtener esta información se pudo establecer la meta final de este taller el cual sería situar al niño en un espacio vital más satisfactorio. Para esto se utilizó la técnica del entrenamiento asertivo de sociodrama.

2.1.3 Técnica de Análisis de estadístico:

Tras haber recolectado todos los datos se avanzó a interpretar para esto se busco realizar un análisis descriptivo de los mismos, los cuales fueron expresados de manera nominal, de acuerdo a los hallazgos y conclusiones tras haber contrastado los datos obtenidos durante la observación, durante las entrevistas, durante la aplicación del CDI.

Además de hacer una descripción de los resultados obtenidos se buscó simplificar la información obtenida por medio de la creación de un diagrama de Ishikaw.

2.2 Instrumentos

Entrevista:

Este instrumento nos ayudó a tomar declaración de la manera en que los padres de familia y los maestros de los participantes veían al niño, así pudimos documentar la

manera en que ellos observaron y entendieron al niño o niña, estos datos luego se contrastaron con los datos conseguidos por medio de la observación y por medio del test. Los resultados a los que se llegaron luego de dicho contraste fueron los determinantes para definir si el niño o niña presentaba un cuadro de depresión infantil o no.

ENTREVISTA 1 aplicada a maestros de los niños discapacitados

Pregunta	Criterio Elaboración	Criterio Evaluación
1. Generalmente ha visto al niño(a) triste?	Depresión, Estado de animo predominante, Expresión de los sentimientos	Si / No / Algunas Veces / No Se
2. Casi todo el tiempo el niño(a) se mira triste o alegre?	Depresión, Estado de animo predominante, Expresión de los sentimientos	Alegre / Triste/Intermedio / No Se
3. En que situaciones cree que ha visto triste al niño(a)?	Labilidad, Frustración, Aburrimiento	Respuesta libre
4. Cree usted que el niño(a) es pesimista u optimista?	Pensamiento a futuro, Habilidades de planeamiento y elaboración	Pesimista / Optimista / Intermedio / No se
5. A observado inquieto o ansioso al niño(a)?	Ansiedad, Aburrimiento, Estrés	Si / No / Algunas Veces / No Se
6. En que situaciones ha visto inquieto al niño(a)?	Situaciones sociales estresantes para el niño, Labilidad	Respuesta libre
7. Comparando al niño(a) con sus compañeros, considera usted que es mas inquieto o menos inquieto?	Nivel de estamina, Calidad del sueño, Ansiedad, Concentración	Mas inquieto / Menos inquieto/Intermedio / No se
8. A observado señales de sueño en el niño(a)?	Calidad del sueño, Nivel de estamina	Si / No / Siempre / Algunas Veces / No Se
9. Ha visto al niño(a) comer?	Apetito	Si / No / Algunas Veces
10. Tiene un buen apetito el niño(a)?	Apetito	Si / No / Algunas Veces/No Se

11. Necesita convencerlo para comer algo?	Apetito	Si / No / Algunas Veces
12. El niño(a) se concentra durante las clases?	Concentración, Duración de la concentración, Calidad del sueño, Ansiedad	Si / No / Algunas Veces
13. Cree que el niño(a) tiene problemas para poder decir lo que piensa?	Riqueza del lenguaje, Capacidades sociales	Si / No / Algunas Veces
14. Puede el niño(a) leer sin dificultad?	Capacidades sociales, Riqueza del lenguaje, Concentración, Ansiedad, Estrés	Si / No
15. puede el niño(a) conversar con facilidad?	Extroversión o Introversión, Habilidades sociales, Riqueza del lenguaje, Ansiedad	S i/ No / Algunas Veces
16. El niño(a) tiene deseos de realizar actividades físicas?	Nivel de estamina, Interacción con sus compañeros	Si / No / Algunas Veces
17. Hay que convencerlo de realizar actividades físicas?	Nivel de estamina, Interacción con sus compañeros	Si /No / Algunas Veces
18. El niño(a) se lleva bien con sus compañeros?	Interacción con sus compañeros, Autoestima	Si/No/Mas o Menos
19. El niño se divierte con facilidad?	Disminución de la capacidad al placer, Irritabilidad	Si / No / Algunas Veces
20. El niño se enoja con facilidad?	Irritabilidad, Capacidad a la Frustración	S i/ No / Algunas Veces
21. Como describiría la personalidad del niño?	Estado de animo predominante, Depresión, Irritabilidad, Capacidades sociales, Concentración, Calidad del sueño, Niveles de Estamina	Respuesta libre

ENTREVISTA 2 aplicada a padres de los niños discapacitados

Pregunta	Criterio Elaboración	Criterio Evaluación
1. Su hijo(a) se mantiene feliz o triste?	Depresión, Estado de animo predominante, Expresión de los sentimientos	Si / No / Intermedio / No Se
2. Que hace su hijo(a) cuando esta en casa?	Estado de animo, Nivel de estamina, Disminución del interés	Respuesta libre
3. Usted juego con su hijo(a)?	Aburrimiento, Atención por parte de los padres	Si / No / Algunas Veces
4. Su hijo(a) juega con sus hermanos(as)?	Interacción con sus hermanos, Disminución del interés, Fatiga	Pesimista / Optimista / Intermedio / No se
5. Como se lleva su hijo(a) con sus hermanos(as)?	Interacción con sus hermanos, Autoestima	Bien / Mal / Ni bien ni mal
6. Mira inquieto a su hijo(a) cuando esta en casa?	Niveles de Estamina, Agitación	Si / No / Algunas veces
7. A que le tiene miedo su hijo(a)?	Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados	Respuesta libre
8. Duerme bien su hijo(a)?	Calidad del sueño, Nivel de estamina, Insomnio, Hipersomnia	Si / No / Siempre / Algunas Veces/No Se
9. A que hora se acuesta a dormir su hijo(a) y cuantas horas duerme?	Insomnia, Hipersomnia	Respuesta libre
10. Come bien su hijo(a)?	Apetito	Si/No/Algunas Veces/No Se
11. Alguna ves su hijo(a) no a querido comer?	Apetito	Si/No/Algunas Veces
12. Hay algún tipo de comida que no le guste a su hijo(a)?	Apetito, Reducción en el interés, Irritabilidad, Inconformidad, Indecisión	Si / No = Cual
13. Su hijo(a) se distrae con facilidad?	Distraibilidad, Reducción del interes, Irritabilidad	Si / No / Algunas Veces
14. Mira que su hijo(a) es perezoso (sa)?	Calidad del sueño, Nivel de estamina, Insomnio, Hipersomnia	Si / No / Intermedio/No Se
15. Su hijo(a) ayuda en los que hacer de la casa?	Nivel de Estamina, Irritabilidad, Pensamientos de Inutilidad	Si / No / Algunas Veces
16. Lo hace con facilidad?	Nivel de Estamina, Irritabilidad, Pensamientos de Inutilidad	Si / No / Algunas Veces

17. Su hijo se ríe mucho?	Disminución de la capacidad de sentir placer, Depresión	Si / No / Algunas Veces
18. Usted castiga a su hijo(a)?	Sentimientos de culpa excesiva, Patrones de crianza, Autoestima	Si / No / Algunas veces
19. Cree que los demás niños(as) son mas felices que su hijo(a)?	Atención por parte del padre, Percepción del estado de animo del hijo(a)	Si / No / Igual
20. Como se lleva su hijo(a) con sus amigos?	Interacción social, Desinterés, Retraimiento social, Autoestima	Bien/Mal/Ni bien ni mal
21. Que siente por su hijo(a)?	Estado de animo predominante, Depresión, Irritabilidad, Capacidades sociales, Concentración, Calidad del sueño, Niveles de Estamina, Atención por parte del padre, Percepción del estado de animo del hijo(a)	Respuesta libre

Test Cuestionario de Depresión infantil – CDI:

El CDI es una escala autoaplicable a niños de entre 5 y 17 años que consta de 27 ítems con 3 respuestas posibles, puntuadas de 0 a 2, de ausencia a mayor gravedad de los síntomas explorados. Las puntuaciones totales están entre 0 y 54, y aunque no es un instrumento de diagnóstico sino de gravedad del trastorno, Kovacs determina el valor 19 como el umbral que discrimina a los niños Deprimidos, por lo tanto nos fue de utilidad para correlacionar estos datos con los que obtuvimos por medio de las demás técnicas e instrumentos.

Los ítems describieron síntomas como tristeza, sentimientos de culpa, anhedonia, baja autoestima, problemas de sueño, fatiga e ideas suicidas. Cada uno de ellos debio ser valorado por el niño atendiendo a los sentimientos y pensamientos. Algunos autores recomendaron una doble aplicación de este cuestionario con el fin de corroborar los datos obtenidos.

Taller de abordaje de depresión:

El taller se realizó con padres de familia en acompañamiento de los niños y niñas que presentaron cierto grado de depresión.

Objetivo	Tema	Metodología	Recursos	Evaluación
----------	------	-------------	----------	------------

Brindar estrategias para apoyar a padres de familia que tienen hijos diagnosticados con depresión infantil.	1. ¿Qué es la depresión?	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica rompehielos. (Ejemplo el ciempiés o dinámica de presentación) 	❖ Carteles	Por medio de expresiones vivenciales de la experiencia, y por observación
Facilitar herramientas a padres de familia que tienen hijos con problemas de autoestima.	2. ¿Cómo se manifiesta la depresión en niños?	<ul style="list-style-type: none"> Por medio de una lluvia de ideas se pregunta de manera general a los padres, ¿Qué saben o han escuchado acerca de la depresión? 	❖ Laptop	
	3. ¿Qué es la autoestima?	<ul style="list-style-type: none"> Por medio de carteles o diapositivas se expone de manera general y no muy técnica un concepto de depresión. 	❖ Gafetes para los padres	
	4. ¿Cómo puedo ayudar a mi hijo a mejorar su autoestima	<ul style="list-style-type: none"> Se invita a los padres que escriban en un cartelito (media carta), que ven en sus hijos cuando están en depresión) 	❖ Cartulina	
		<ul style="list-style-type: none"> Se enumeran los signos y síntomas de la depresión infantil. Junto con los padres 	❖ Marcadores	
		<ul style="list-style-type: none"> Dinámica de animación (la papa caliente (que entienden por autoestima) cada persona que le toque lo dira. 	❖ Masking tape	
		<ul style="list-style-type: none"> Se realiza un socio Drama en donde los padres insultan a sus hijos, desvalorizándolos. (todo negativo) 	Música	

CAPITULO III

III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población

3.1.1 Características del lugar

El lugar de desarrollo de la investigación fue el departamento de Sololá. Este departamento se encuentra situado en la región sur Occidental de Guatemala. Limita al Norte con Totonicapán y Quiché, al Sur con Suchitepéquez, al Este con Chimaltenango; y al Oeste Suchitepéquez y Quetzaltenango. La cabecera departamental se encuentra a una distancia de 140 kilómetros de la ciudad capital de Guatemala. Los idiomas oficiales que se hablan en el departamento son Kaqchikel, k'iche' y tz'utujil, cuenta con un total de habitantes de 307,661. Y todo el trabajo de la investigación fue realizado en las Clínicas de la Coordinadora Departamental Corazón Rehábil.

3.1.2 Características de la población

La población seleccionada para esta Investigación fueron los niños de 05 a 11 años que asisten a las diferentes clínicas de la Coordinadora Departamental de Discapacidad del Departamento de Sololá, durante el año 2011 y que presentaron Depresión en las Discapacidades físicas Congénita.

3.2 Análisis e interpretación de resultados

Se describe a continuación un a síntesis de la evolución del proceso terapéutico de cada uno de los casos que fueron parte de la muestra escogida para la investigación.

Cuadro No. 1. Datos generales de los pacientes.

NO. De caso	NOMBRE	DIAGNOSTICO	SEXO	EDAD
1	E.D.I.J	FOCOMELIA	M	5A
2	N.S.J	DISTROFIA MUSCULAR	F	6A
3	G.R	HIDROCEFALIA	M	11A
4	E.V.Q	ESPINA BIFIDA	F	10A 4M
5	W.I.C.R	HEMIPLEJIA DERECHA	M	11A
6	D.S.C.L	HEMIPLEJIA IZQUIERDA	F	8A
7	L.A	ESPINA BIFIDA	M	8A
8	C.G.C.C.C	DISTROFIA MUSCULAR	F	6A 6M

Fuente: expedientes y entrevistas a padres.

Caso 1, E.D.I.J:

E. es un niño de 5 de edad, C. el cual presenta un diagnóstico de Focomelia, esta enfermedad es un trastorno degenerativo en el cual sus extremidades tanto inferiores como superiores no se terminaron de formar. Luego de haber realizado las entrevistas y la aplicación del test se llegó a la conclusión de que el no presenta un grado de depresión infantil, esto corroborado por el puntaje del test CDI el cual fue de 12, quedando por debajo del umbral.

El se presenta como un niño muy activo, que se ríe mucho y no tiene ningún problema al momento de interactuar con personas desconocidas, se cree que E. no presenta depresión infantil, debido al interés por parte de la madre al momento de instruirse e involucrarse en las diferentes actividades y tratamientos por los cuales pasa su hijo. Así también su discapacidad presenta alteraciones físicas visuales que resaltan a la vista.

Caso 2, N.S.J:

N. es una niña de 6 años de edad, que presenta una discapacidad física congénita de distrofia muscular, la cual ha provocado que la niña se encuentre en un estado de depresión infantil, se ha llegado a esta conclusión, luego de haber realizado la recopilación de sus datos y haber aplicado el Test CDI en el cual superó el umbral con un puntaje de 22.

Presenta un estado de ánimo reducido, durante la aplicación del test se pudo notar el bajo tono de voz, una riqueza muy baja en el contenido de sus respuestas, un contacto visual pobre y un claro aplanamiento emocional, a esto se le suma que refiere problemas del sueño y pocos deseos de salir a jugar con sus compañeros debido a la poca sociabilidad y la reducción de la capacidad de divertirse. Actualmente no presenta afecciones en su estudio, manteniendo unas calificaciones en un nivel por arriba del promedio.

Durante el inicio del taller la niña se presentó atenta, obediente al recibir instrucciones, pero con dificultades al solicitar su participación y no buscaba interacción con los demás niños participantes. Al momento de llegar a la parte final del taller la cual es el sociodrama se pudo observar, como se sentía más libre al hablar y participar ante las

de más personas participantes, por lo cual se pudo constatar la eficacia de las técnicas utilizadas para reducir el estado depresivo en los niños.

Caso 3, G.R:

G. es un niño de 11 años de edad, el cual presenta la discapacidad física congénita de hidrocefalia, esta discapacidad a provocado alteraciones en su apariencia física y estas han afectado de gran manera las habilidades de desplazamiento del niño. G. obtuvo un punteo de 24 en la aplicación del test CDI, dicho punteo supera el umbral, al mismo tiempo tras haber contrastado la información que se obtuvo por el test y las entrevistas. Se llegó a la conclusión de que G. presenta un grado de depresión infantil.

Cuando se conoció a G. estaba sentado en una silla, apartado de todos los demás niños, durante el recreo. Era más que notable la mirada perdida que rehuía a realizar contacto visual durante la aplicación del test, su tono de voz era bajo y la postura de su cabeza siempre se encontraba observando al piso, referente a su situación, refieren que ha recibido muchas burlas y chistes por parte de los niños que no pertenecen al centro de apoyo al que asiste, lo cual lo ha llevado a tener un deseo nulo de interacción con sus compañeros, así también refiere su maestro que G. es un niño obediente, el cual es alegre en un ambiente apartado.

Durante la realización del taller para reducir la depresión en los niños y niñas, se observó a G. evolucionar de un estado de poca participación, en el cual siempre se encontraba distraído o distante de las situaciones que se estaban dando durante la actividad. A un estado de cierto grado de comodidad, y si bien no se llegó a lograr un estado completo de colaboración y participación delante del grupo, se logró comprobar como las actitudes que llevaban a G. a apartarse de las situaciones sociales y con esto también se pudo recuperar un poco la capacidad de sentir placer en las diferentes actividades.

Caso 4, E.V.Q:

E. es una niña de 10 años de edad, la cual nació y reside en Santiago de Atitlán, actualmente asiste a el centro de asistencia A.D.I.S.A, en este centro fue donde se trató con ella, luego de haber recopilado la información pertinente y haberla contrastado con el

resultado provisto por el Cuestionario de Depresión Infantil, en el cual obtuvo un puntaje de 28 con el cual supera en el umbral de depresión el cual se encuentra establecido en 19. Por lo cual se llega a la conclusión de que E. presenta depresión infantil, causada por parte de los efectos de la discapacidad que presenta y la poca incumbencia que posee sus padres dentro de su rehabilitación.

Durante la aplicación del test se observó a E. en un estado de desconfianza y reacia ante las diferentes preguntas que se le realizaban, dando solo ciertas respuestas muy pobres en su riqueza de información, su tono de voz era muy bajo, casi llegando al punto de ser inaudible, al lograr hacer contacto visual se podía observar un semblante que no transmitía ninguna emoción. De acuerdo a las referencias por parte de los maestros, E. se encuentra apartada de los demás niños durante las diferentes situaciones sociales que se presentan durante los días de estudio, al mismo tiempo refieren que usualmente se mantiene en un estado de tristeza, el cual se agrava al momento en el cual recibe burlas por parte de otros niños.

Su desarrollo satisfactorio durante el taller fue en un grado menor, en comparación a los demás participantes, ya que, si bien se logró participación por parte de E. durante las diferentes actividades, la niña evitó en lo posible la interacción con los demás participantes, manteniendo siempre la vista al piso o lejos del contacto visual de las personas a su alrededor, y con una pequeña mejora en el volumen de voz.

Caso 5, W.I.C.R:

W. es un niño de 11 años, el cual asiste a la clínica de Fundabiem, ubicada en Panajachel, en la aplicación del test CDI obtuvo un puntaje de 37 con el cual sobrepasó el umbral, y tras haber contrastado esta información con la que fue provista por parte de las entrevistas se pudo constatar que actualmente el niño se encuentra en un estado depresivo.

Al momento de la aplicación del test W. se observó con una baja capacidad para mantenerse concentrado, lo cual lo llevó muchas veces a confundirse con las preguntas, requiriendo ayuda para comprender el contenido de la respuesta, así también se notó un bajo nivel en la estamina que posee, esto corroborado por la información provista por la madre la cual refiere que duerme mucho y que si no se le exige que se levante, el niño

permanece en cama sin deseos de colaborar en las actividades de la casa, situación que se extiende a sus estudios.

Durante la realización del taller se observó a W. teniendo muchos problemas al momento de seguir las instrucciones por más simples que estas fueran, al mismo tiempo se notaba distante de todas las situaciones que se daban en su alrededor. Situaciones que mejoraron al momento de llegar a la finalización del taller, ya que W. se notó en un alto deseo de participación durante el sociodrama, en el cual se mantuvo en un estado activo y receptivo ante todas las situaciones e instrucciones que se daban dentro de la actividad.

Caso 6, D.S.C.L:

D. es una niña de 8 años de edad la cual asiste a las clínicas de Fundabiem desde hace ya varios años, siendo la penúltima hija dentro de 7 hermanos, no ha recibido mayor atención por parte de sus padres, pero refiere que posee una muy buena relación con sus hermanos y hermanas. Obtuvo un puntaje de 23 en el test CDI, con esto superando el umbral, con lo cual se llega a la conclusión que existe un grado de depresión en la niña, esto corroborado por la información que se recogió por parte de las entrevistas realizadas.

Al momento de tratar con D. se pudo observar que no le agradan las situaciones sociales donde puede quedar en una posición de ser juzgada, al mismo tiempo no le agrada interactuar con gente desconocida, es una niña muy atenta, con un buen volumen de voz y con un vocabulario que concuerda con su edad, se refiere que no le agrada salir a la calle y que solo juega con sus hermanos y hermanas.

D. tuvo una evolución muy satisfactoria durante la realización del taller, logrando sobrepasar las restricciones de su silla de ruedas, al momento de interactuar con los demás participantes, así también se pudo observar las expresiones de alegría que se reflejaban en su lenguaje corporal, su participación dentro de las actividades que requerían interacción con los demás participantes fue sobresaliente. Con lo cual se puede comprobar que las técnicas utilizadas dentro del taller son adecuadas para el tratamiento de la depresión infantil en niños y niñas que presentan una discapacidad física.

Caso 7, L.A:

L. es un niño de 8 años de edad el cual desde hace poco tiempo asiste a la clínica de Fundabiem, ubicada en el departamento de Panajachel, tras haber realizado las entrevistas, y haber aplicado el test CDI. Se encontró una discrepancia en la información provista por parte de la madre y la información provista por parte del test, en el cual el niño obtuvo un puntaje de 31, punteo con el cual supero el umbral, se llego a la decisión de que existía una depresión infantil, luego de haber platicado con el niño y con las encargadas de su rehabilitación.

Al conocer al niño se le observo distante y desconfiado ante una persona desconocida, alcanzando un bajo contacto visual y un volumen de voz muy bajo, su lenguaje corporal presentaba el de una persona agotada, así también se refiere que no le agrada la interacción con los niños de su edad.

Durante el taller se pudo observar como poco a poco el niño lograba sobreponerse a su bajo deseo de sociabilizar, notándose mas involucrado en las actividades y en las situaciones que se daban con los demás participantes, comprobando así la eficacia de los conocimientos aplicados para el tratamiento de la depresión infantil.

Caso 8, C.G.C.C.C:

C. es una niña de 6 años de edad, la cual presenta una discapacidad física. Luego de haber realizado las entrevistas y la aplicación del test se llego a la conclusión de que ella no presenta un grado de depresión infantil, esto corroborado por el punteo del test CDI el cual fue de 12, quedando por debajo del umbral.

Ella se presenta como una niña muy activa, que se rie mucho y no tiene ningún problema al momento de interactuar con personas desconocidas, se cree que C. no presenta depresión infantil, debido al interés por parte de padres al momento de instruirse e involucrarse en las diferentes actividades y tratamientos por los cuales pasa su hija. Así también su discapacidad no presenta alteraciones físicas visuales que resalten a la vista.

3.2 ANÁLISIS FINAL

A lo largo de la investigación de la Depresión en Niños y Niñas de 05 a 11 años con Discapacidad Congénita que Asisten a la Coordinadora de Discapacidad de Departamento de Sololá Durante el Año 2011, el cual tubo una duración del 29 de Abril del 2011 Hasta el 31 de Agosto del 2011, en los centros de atención ubicados en Panajachel y en Santiago Atitlan.

Por medio de la realización de esta investigación, se pudo comprobar la importancia del abordaje psicológico en la depresión infantil en aquellos niños y niñas que presentan una discapacidad física congénita, ya que se debe integrar el tratamiento psicológico en el proceso de rehabilitación de los niños y niñas que asisten a las diferentes clínicas de la coordinadora de discapacidad del departamento Sololá. Además cabe resaltar la importancia en la labor de educar y concientizar a las personas cercanas a los niños y niñas, y al mismo tiempo a las personas que pertenecen a la sociedad rural, acerca de las diferentes enfermedades de discapacidad física, con el fin de humanizar y disipar las creencias acerca de estas alteraciones físicas de raíz congénita, eliminando así dogmas que se han creado alrededor de aquellas personas que sufren de dichas discapacidades físicas. Lo cual como fin ultimo tendrá asegurar un ambiente social adecuado para el buen desarrollo de la salud mental de estas personas, y optimizando con esto la calidad de vida de aquellas personas que actualmente poseen una discapacidad.

Pudimos conocer el éxito de esta investigación de acuerdo a los diferentes logros alcanzados por parte de los niños en las diferentes áreas que estaban consideradas dentro de esta investigación, al mismo tiempo la retroalimentación provista por parte de de padres, maestros y niños, corroboran nuestros alcances y limitaciones.

Durante el desarrollo de la recopilación de datos y la realización del taller, se dio un mayor énfasis a la aceptación y al autoestima que debe poseer cada niño, esto con el fin de crear, un sentido de comodidad consigo mismo, para luego presentar esta misma

comodidad ante las demás personas, eliminando así culpas y olvidando rechazos o burlas previamente recibidos por terceras personas.

Las Habilidades de adaptación fueron nuestros principales objetivos ya que estas han sido comprobadas como las esenciales para poder llevar una vida plena y saludable, en función de las limitaciones y capacidades, que han sido provistas por el ambiente, el estado físico y el estado psicológico de la persona.

Durante las entrevistas se constato que si bien maestros y encargados de la rehabilitación poseen los conocimientos necesarios en sus áreas, hace falta un poco de instrucción en las necesidades psicológicas de los niños, y en lo concerniente a los padres, se puede notar confusión y pocos conocimientos de la situación actual de los niños y niñas, provocando así actitudes que transgrede la salud mental y emocional de sus hijos o hijas. Situación que viene desde raíz en una ignorancia del porque sucedió esta alteración congénita y la evolución que la misma tendrá durante la vida del niño.

CAPITULO IV

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- El programa que se implementó como medida compensatoria a los posibles trastornos depresivos en niños con discapacidad congénita del departamento de Sololá es efectivo para la atención clínica a niños y niñas que regularmente son excluidos de la sociedad debido a sus limitaciones físicas.
- Se puede mencionar que las actividades realizadas con el niño y niñas con respecto al plan clínico tienen sus metas enfocadas hacia el presente y el futuro, esto debido a que las manifestaciones de los posibles trastornos depresivos surgen a lo largo del desarrollo y no de forma inmediata.
- Los pacientes avanzaron en la complejidad de las actividades y en el interés de las mismas, evidenciando mejorías a corto plazo en áreas psicosociales, aprovechado en áreas de atención clínica como lo sería un reforzamiento para la integración a su comunidad o sociedad.
- En el caso de pacientes con trastornos de depresión infantil, la investigación proporcionó un tratamiento clínico, representa una comunicación asertiva y actividades nuevas en las cuales la emocionalidad, el sentido del humor, escucha, la confianza, proporcionan así como un apoyo clínico, representa un espacio de interés genuino en donde los posibles problemas sociales derivados de el trastorno depresivo infantil como la frustración, angustia, el sufrimiento, expresados consciente o inconscientemente, son parte de un control de síntomas que influye positivamente en el proceso del tratamiento de este trastorno.
- La investigación priorizó las áreas emocionales, áreas que proporcionan sentidos de vida adecuados en relación al padecimiento del trastorno, del cual está influenciado a su discapacidad, ocasionando de esta manera obstáculos personales y por lo tanto subjetivos que necesitan ser atendidos acompañando así al procedimiento médico.

4.2 Recomendaciones

- Se recomienda la participación de los padres de familia en la reproducción de las actividades terapéuticas de manera informal siendo importante tanto para la investigación como para prevenir dentro de lo posible algún tipo de dificultad clínica en un futuro.
- Que los padres brinden un acompañamiento y soporte emocional en un proceso médico que demanda este tipo de atención integral, por lo cual la participación e involucramiento en el programa clínico, por parte de los padres de familia o encargados del niño o niña, es determinante en los procesos para potencializar el factor humanista dentro de este espacio social.
- Que las instituciones de la Coordinadora Departamental de Discapacidad del Departamento de Sololá, expandan los espacios de atención clínica a los niños y niñas para abordar las posibles consecuencias psicológicas del tratamiento médico, así también incorporar metodología en la cual sea posible el acercamiento afectivo y la confianza necesaria para construir e interpretar la realidad experimentada no solo por los pacientes, sino también sus familiares que son personas influyentes en los estados de ánimo de la persona.
- Que el personal médico, psicológico y de fisioterapia busque nuevos espacios de reflexión que beneficien a la persona por medio del intercambio de experiencias, los cuales ofrecen sentidos y actitudes positivas frente a esta problemática que necesita de atenciones no solo médicas sino también psicológicas en sus aspectos subjetivos tanto individuales como colectivos, por estas razones se resalta la importancia de la participación de personal orientado a acompañar el tratamiento médico de manera integral, ya que resaltaría la importancia de la persona como sujeto y no del paciente como objeto dentro de las clínicas de la Coordinadora de Discapacidad del Departamento de Sololá.

- Se recomienda a la Coordinadora Departamental Corazón Rehábil a que continúe con el trabajo que han venido desempeñado con los pacientes discapacitados del departamento de Sololá, ya que son un beneficio para los mismos y para sus comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernal, Cesar Augusto. “Metodología de la investigación”, Mexico, 2006. 170 pp
- Collados, José. “La depresión en niños y adolescentes”, SAN PABLO, España, 2001 200 pp
- Cubillo M.A., Guevara J. y Pedroza A. “*Discapacidad humana, presente y futuro. El reto de la rehabilitación en México*”. México, Universidad del Valle de Tlaxcala, 2000 pp 180 pp
- del Barrio, V. “Depresión infantil”, ARIEL. Barcelona. 1997. 180 pp
- Jackson, Stanley W. “Historia de la melancolía y la Depresión”, TURNER, Madrid 1989 210 pp
- López-Ibor Aliño, Juan José, Valdés Miyar, Manuel, “DSM-IV-TR: breviario: criterios diagnósticos”, ELSEVIER, España, 2002 150 pp
- Papalia, Diane. “Psicología del Desarrollo”. Mc Graw Hill, Mexico, 1999. 140 pp
- Polaino Lorente, Aquilino, “Las depresiones infantiles”, MORATAYA, Madrid, 1988 350 pp
- Dr. Vallejo-Nágera, Juan Antonio, “Ante la depresión”, Ed. PLANETA, Barcelona. 1999 pp 450 pp
- Richard Behrman, MD, Executive Chair, Pediatric Education Steering Committee, Federation of Pediatric Organizations, Menlo Park, CA; Clinical Professor of Pediatrics, Stanford University and the University of California, San Francisco, CA; George Washington University, Washington, DC 550 pp

ANEXOS

ENTREVISTA 1

1. Generalmente ha visto al niño(a) triste?
2. Casi todo el tiempo el niño(a) se mira triste o alegre?
3. En que situaciones cree que ha visto triste al niño(a)?
4. Cree usted que el niño(a) es pesimista u optimista?
5. A observado inquieto o ansioso al niño(a)?
6. En que situaciones ha visto inquieto al niño(a)?
7. Comparando al niño(a) con sus compañeros, considera usted que es mas inquieto o menos inquieto?
8. A observado señales de sueño en el niño(a)?
9. Ha visto al niño(a) comer?
10. Tiene un buen apetito el niño(a)?
11. Necesita convencerlo para comer algo?
12. El niño(a) se concentra durante las clases?
13. Cree que el niño(a) tiene problemas para poder decir lo que piensa?
14. Puede el niño(a) leer sin dificultad?
15. puede el niño(a) conversar con facilidad?

16. El niño(a) tiene deseos de realizar actividades físicas?

17. Hay que convencerlo de realizar actividades físicas?

18. El niño(a) se lleva bien con sus compañeros?

19. El niño se divierte con facilidad?

20. El niño se enoja con facilidad?

21. Como describiría la personalidad del niño?

ENTREVISTA 2

1. Su hijo(a) se mantiene feliz o triste?
2. Que hace su hijo(a) cuando esta en casa?
3. Usted juego con su hijo(a)?
4. Su hijo(a) juega con sus hermanos(as)?
5. Como se lleva su hijo(a) con sus hermanos(as)?
6. Mira inquieto a su hijo(a) cuando esta en casa?
7. A que le tiene miedo su hijo(a)?
8. Duerme bien su hijo(a)?
9. A que hora se acuesta a dormir su hijo(a) y cuantas horas duerme?
10. Come bien su hijo(a)?
11. Alguna ves su hijo(a) no a querido comer?
12. Hay algún tipo de comida que no le guste a su hijo(a)?
13. Su hijo(a) se distrae con facilidad?
14. Mira que su hijo(a) es perezoso?
15. Su hijo(a) ayuda en los que hacer de la casa?

16. Lo hace con facilidad?
17. Su hijo se ríe mucho?
18. Usted castiga a su hijo(a)?
19. Cree que los demás niños(as) son mas felices que su hijo(a)?
20. Como se lleva su hijo(a) con sus amigos?
21. Que siente por su hijo(a)?