



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica

Chile

Loubat O., Margarita; Aburto M., María Elena; Vega A., Marcela
Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en Cosam de la Región
Metropolitana
Terapia Psicológica, vol. 26, núm. 2, diciembre, 2008, pp. 189-197
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78511540005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana¹.

Approach of Psychologists Working for COSAM, Región Metropolitana, to Childhood Depression

Margarita Loubat O.

María Elena Aburto M.

Marcela Vega A.

Universidad de Santiago de Chile, USACH, Chile

(Rec: 13 Abril, 2008 Acep: 29 octubre 2008)

Resumen

Se analiza cómo se aproximan a la depresión infantil, psicólogos clínicos que trabajan en Salud Pública en la Región Metropolitana. Chile.

Es un estudio descriptivo, de diseño no experimental, transversal y de muestra intencionada. Participan 19 psicólogos de Centros Comunitarios de Salud Mental y Familiar. Se recaba la información a través de entrevistas semiestructuradas, las cuales se analizan mediante la técnica de Análisis de Contenido.

Los resultados señalan que: a.- Los psicólogos tienen una comprensión teórica parcial del fenómeno. b.- Relacionan el trastorno fundamentalmente con disfunciones familiares y contextos poco contenedores, haciendo poca alusión a etiología biológica. c.- Realizan el tratamiento principalmente de manera individual, con inclusión ocasional de la familia.

Se discute el fortalecimiento de la aproximación realizada por los profesionales.

Palabras clave: Depresión infantil, aproximación, diagnóstico y tratamiento psicológico.

Abstract

The research analyzes how clinical psychologists working for the Public Health Service, Región Metropolitana, Chile, approach childhood depression.

It is a descriptive research, of non-experimental cross-sectional design and with a deliberate sample. 19 psychologists of *Centros Comunitarios de Salud Mental y Familiar* (Community Centers for Mental and Family Health) took part in the research. The information was collected through semi-structured interviews, which were analyzed by means of the Content Analysis technique.

The results show that these psychologists have a partial theoretical understanding of the phenomenon. They relate this disorder mainly to family dysfunctions and not very containing contexts, making little mention of biological etiology. They mostly give treatment on an individual basis, including the family occasionally. The strengthening of these professional's approach is discussed.

Key words: Childhood depression, approach, psychological diagnosis and treatment.

¹ *Correspondencia:* Dr. © Ps. Margarita Loubat O. Profesor Asociado Escuela de Psicología Universidad de Santiago de Chile. USACH. Avenida Ecuador 3650. Tercer Piso. Santiago Chile. E-mail: mloubat@usach.cl

Introducción

En este estudio, se buscó saber si los psicólogos que atienden en Centros de Salud Mental Familiar (COSAM), de la Salud Pública Chilena, se aproximan de manera adecuada a la Depresión Infantil. Más precisamente, en sus objetivos se contempló conocer si estos profesionales cuentan con elementos formativos suficientes respecto de etiología, consecuencias, diagnóstico y tratamiento del trastorno.

Ello pareció que ameritaba una preocupación investigativa, sobre todo si se considera que sólo han transcurrido alrededor de dos décadas del reconocimiento de la depresión infantil como entidad clínica, y que es aún más reciente la consideración de este grupo etáreo en las políticas de Salud Pública en Chile en lo que a Salud Mental se refiere.

Por lo tanto, pareció importante conocer el grado de capacitación de estos profesionales en una temática de enorme relevancia, tanto por la creciente prevalencia e incidencia, como por sus consecuencias inmediatas y futuras, ya que el trastorno puede significar un factor de riesgo para la salud mental de los sujetos en próximas etapas de su desarrollo vital

Algunos aspectos panorámicos relativos al trastorno.

La depresión infantil es un cuadro complejo y de reconocimiento relativamente reciente como entidad clínica dentro de la psicología (Méndez, 2002). Hace sólo algunos años, se planteaba que la depresión era un trastorno que afectaba más bien a adultos. Esta mirada evolucionó: en el presente se acepta la existencia de este cuadro en niños, postura a la que se adscriben la mayoría de los clínicos en la actualidad (Asociación Americana de Psiquiatría [APA] 2002; Méndez, 2002; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992).

No obstante, la depresión infantil es una entidad que rara vez se presenta igual que el aspecto clásico adulto, sino que se expresa de manera más heterogénea, lo cual se despliega como un obstáculo para su diagnóstico y tratamiento. Esta complejidad se aprecia en sus múltiples manifestaciones sintomatológicas y multicausalidad, a lo que se suman: a.- Las características propias de los niños, quienes por estar en proceso de desarrollo, presentan a menudo dificultades para identificar y verbalizar emociones; b.- Las diferentes expresiones sintomatológicas según las distintas edades; c.- Las características propias e individuales del niño; y finalmente, d.- La posible comorbilidad de la depresión con otras problemáticas (Montenegro, 1994; Zamora, 1994; Marcelli & Ajuriaguerra, 1996; Simón, 1996; Polaino, 1998; Méndez, 2002; Vail, 2005; Hazell, 2002; Saklofske, Janzen, Hildebran & Kaufmann, 2001; Ramchandani, Stein, Evans & O'Connor, 2005;). Es necesario destacar, que su etiología estaría vinculada a factores biológicos y ambientales en diversos grados (García, 2003), que en su tratamiento

se debe considerar lo farmacológico y lo psicoterapéutico y también que un adecuado diagnóstico y tratamiento del trastorno en el infante iría en beneficio de la prevención de manifestaciones depresivas en la vida adulta. Al respecto de este último punto, se subraya que en Chile la prevalencia de trastornos depresivos en la población general mayor de 15 años es de 7,5% a 10% y que el 30% de las personas consultantes en el nivel primario de atención sufren cuadros depresivos (MINSAL, 2004). También que alrededor del 15% de los deprimidos graves terminan suicidándose (Sisto, 2005), que se disminuye la capacidad de trabajo de manera importante (Belsasso & González, 2001) y que se ubica en segundo lugar, dentro de las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad (AVISA), en Chile (Ministerio de Salud [MINSAL], 1996). Otro antecedente relevante es el deterioro que la depresión lleva al conjunto de la vida familiar (MINSAL, 2005).

En el caso de los niños, las consecuencias inmediatas se refieren a manifestaciones anímicas, conductuales, cognitivas y fisiológicas, teniendo repercusiones en las áreas escolar y socioafectiva del niño. Específicamente y dependiendo de la edad del niño, puede haber intentos suicidas, accidentes por la tendencia a correr riesgos, fracaso escolar, aislamiento social, dificultades en el desarrollo de la personalidad, enfermedades psiquiátricas a futuro, estados depresivos en la vida adulta, entre otros (Méndez, 2002; Rodríguez, 2000; Marcelli & De Ajuriaguerra, 1996; Montenegro, 1994; Polaino, 1998; Spitz, 1969; Zamora, 1994; Simón, 1996; Hazell, 2002; Saklofske, Janzen, Hildebran & Kaufmann, 2001; Ramchandani, Stein, Evans & O'Connor, 2005). Algunos de estos autores asocian, además, el cuadro depresivo infantil a otras problemáticas tales como abuso y maltrato.

Datos epidemiológicos relevantes

A nivel internacional, el estudio de Ontario (Offord *et al.* 1987, citado en Almonte & García 2003), referido a epidemiología psiquiátrica de niños y adolescentes y en base a una muestra de 2.679 niños de 4 a 16 años, se constata que un 18,1% de niños presentan problemas, siendo los más frecuentes las alteraciones emocionales. En otro estudio, respecto de alteraciones psicopatológicas en la infancia de Rivas, Vásquez y Pérez, 1995, y en base a una muestra de 411 niños, entre 8 y 15 años, en la que se consultó a padres, profesores y niños, concluyen que: La prevalencia en los síntomas clínicos de ansiedad fue del 8%, 21% y 26% respectivamente. En lo que respecta a la depresión, los índices fueron del 9%, 26% y 13%, y por último, los síntomas de alteración de la conducta fueron del 7%, 21% y 16% respectivamente. En lo que se refiere a tipos de depresión, García (2003) señala que la prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor es de aproximadamente 2% en niños; la Distimia, de 0,6 % a 1,7 % en niños, observándose que desde la década de los 40 cada generación tiene más riesgos de

desarrollar trastornos depresivos a moderados, sin embargo se mantiene la misma prevalencia para los trastornos más severos. El mismo autor señala que la comorbilidad de la depresión en el caso de niños y adolescentes es alta, que alrededor de un 40 a un 90% posee otra patología, y que entre el 20 y el 50% tienen dos o más condiciones mórbidas. Otro estudio de diseño longitudinal (1992-1998), realizado en Chile por De la Barra, Toledo y Rodríguez (2004), representativo de niños que asisten a escuelas estatales de la Región Metropolitana, en la que participaron 162 niños de primero básico y 210 niños de sexto básico, se obtuvo una prevalencia de desórdenes psiquiátricos, de un 27,2% en primero básico y de 45,7% en sexto básico. En lo específico a la prevalencia de desórdenes depresivos, fue de 0,6% en primero básico y de 2,4% en sexto básico. La prevalencia de desórdenes depresivos mixtos, por su parte, correspondió a un 2,9%. El 20,8% de los niños con diagnóstico psiquiátrico en sexto básico, presentaron comorbilidad y las patologías más prevalentes fueron: Desórdenes ansiosos/emocionales (7,1%), desórdenes depresivos y desórdenes de conducta (2,4%) y desorden mixto depresivo de conducta (1,4%). Cabe destacar que el 100% de los desórdenes depresivos, el 75% de los desórdenes mixtos depresivo/conducta, el 44,1% de los desórdenes ansiosos y emocionales, el 31,3% de los desórdenes de conducta y el 28,6% de los desórdenes mixtos de conducta y emociones, se presentaron acompañados con discapacidad en sexto básico. Los autores del estudio concluyen que los niños con estos diagnósticos deberían ser detectados precozmente y tratados por especialistas para disminuir el riesgo de discapacidad.

Por lo tanto y por todo lo descrito, en esta oportunidad se buscó dar una mirada a la aproximación al cuadro depresivo infantil de los psicólogos clínicos que trabajan en los Centros Comunitarios de Salud Mental y Familiar (COSAM), bajo la consideración de que son profesionales que están insertos en equipos interdisciplinarios de trabajo. Los COSAM son organismos de atención primaria y secundaria de la Salud Pública, y por lo tanto tienen gran peso respecto de evitar despliegues y cronificaciones de trastornos que afectan la Salud Mental de las personas, además se subraya que en el caso de niños es menester realizar acciones clínicas preventivas y terapéuticas eficaces, ya que se encuentran en formación de su personalidad, lo que implica que el trastorno podría inscribirse estructuralmente.

Metodología

Participantes

La muestra fue intencionada y se construyó seleccionando a psicólogos pertenecientes a 33 COSAM de la Región Metropolitana, con al menos dos años de antigüedad en la institución y que trabajan con niños. Se

registró un total de 44 psicólogos con las características mencionadas, entre los cuales se tomó una muestra al azar simple de 19 participantes. Se consideraron las Áreas de Salud: (a) Occidente, (b) Norte, (c) Sur y (d) Sur-Oriente, con excepción de la Zona Oriente, de acuerdo a criterios de accesibilidad.

Diseño

El estudio fue descriptivo con un diseño no experimental y transversal, utilizándose técnicas cualitativas para la obtención de los datos.

Instrumentos

Previo firma del consentimiento informado, se recolectaron los datos mediante entrevistas semiestructuradas basadas en una pauta guía de preguntas, que consideraba aspectos tales como (a) Etiología, (b) Consecuencias, (c) Diagnóstico, (d) Tratamiento y (e) Facilitadores y Obstaculizadores del Abordaje. Esta pauta fue confeccionada en base a tres entrevistas piloto previamente realizadas.

Procedimiento

Se transcribieron las entrevistas y se realizó un análisis mediante la técnica de Análisis de Contenido. Particularmente, se aplicó un análisis temático o de categorías de acuerdo a las unidades de significado presentes en los corpus de texto analizados (Navarro y Díaz, en Delgado y Gutiérrez, 1999). Se procedió a analizar las entrevistas y a triangular las categorías emergentes, abriendo paso al análisis de frecuencias.

Resultados

Caracterización sociodemográfica de la muestra

La muestra estuvo constituida por 19 psicólogos que se distribuyen en 13 COSAM de la Región Metropolitana. Dieciséis de estos profesionales son mujeres, 3 varones. Sus edades fluctúan entre los 27 y 50 años. La antigüedad en la institución varía entre 2 a 16 años. Respecto del año de titulación de los participantes, ello va desde 1980 a 2003. Ocho profesionales egresaron de universidades tradicionales y once de universidades privadas (Tabla 1).

Se agrega que trece de los diecinueve participantes poseen estudios de postgrado. No obstante, sólo seis están referidos a una especialización relacionada con lo clínico infanto-juvenil.

Descripción de resultados

En base a la pauta guía de la entrevista, emergieron un conjunto de categorías y subcategorías, las cuales se pasan a describir. Se incluyen sólo ciertos extractos de discursos

Tabla 1
Caracterización sociodemográfica de la muestra.

Ps.	COSAM	Sexo	Antigüedad en COSAM	Año Título
1	Talagante	F	4	2001
2	La Florida	M	10	1995
3	Recoleta	F	2	1995
4	Melipilla	F	5	2001
5	Melipilla	F	10	1995
6	Maipú	F	4	2000
7	Maipú	F	4	1986
8	Estación Central	F	2	2003
9	Estación Central	F	5	1999
10	Estación Central	F	4	2001
11	Pudahuel	F	12	1992
12	Pudahuel	F	12	1992
13	Colina	M	3	2001
14	Colina	F	10	1992
15	Quilicura	F	3	1998
16	Quilicura	F	5	1998
17	La Bandera, Rinconada	F	16	1980
18	Huechuraba	F	4	2001
19	Conchalí	M	2	2001

de los participantes a objeto de ejemplificar lo que se considera destacable y se muestran tablas de frecuencias, a fin de visualizar la consistencia del análisis del discurso.

1. Respecto de la Etiología

Esta categoría se definió como factores ambientales y biológicos que se encuentran a la base de la depresión infantil. Emergieron de esta categoría las siguientes subcategorías:

1.1.- Factores ambientales. La totalidad de los entrevistados (100%), señalaron que la depresión infantil se origina como respuesta a acontecimientos y dinámicas provenientes del medio inmediato, vivenciados por el niño como experiencias negativas, que perturban su vida emocional y el funcionamiento de sus diferentes áreas de desarrollo. Estos factores fueron considerados como los más preponderantes en la aparición de la sintomatología depresiva del niño. A su vez de esta subcategoría emergió lo siguiente:

1.1.1.- Disfunciones Familiares. Estas se relacionan fundamentalmente con la falta de comunicación, las situaciones de maltrato y violencia, la privación sociocultural y el consumo de sustancias por parte de algún familiar directo. Un 73,86% de psicólogos alude a ello como causal de la depresión en los niños.

“...estamos en un sector que hay mucha violencia, pobreza, hacinamiento... yo creo que es eso, la disfunción

familiar ...el alcoholismo, ...la falta de recreación, la falta de comunicación, son familias que hablan muy poco, que se recrean muy poco, que tienen pocas redes sociales. . .”. (Entrevistada n° 17).

1.1.2. Eventos traumáticos. Son identificados en segundo lugar dentro de los factores ambientales (57,89%), destacándose las experiencias de duelo y posteriormente, el abuso sexual.

1.1.3. Estresores escolares. Los profesionales aluden a problemas relacionados con el ámbito escolar: cambios de colegio, curso y profesor. También mencionan dificultades de inserción y conflictos específicos con profesores (31,58%).

1.1.4. Depresiones maternas. Un 21,05%, plantea que el tipo de relación depresiva materno filial estaría a la base del cuadro.

1.2. Una segunda subcategoría se refiere a *Factores biológicos*. Los entrevistados lo refieren en menor porcentaje que a los factores ambientales (36, 84%) (Ver Tabla 2).

2. Respecto de las consecuencias

Categoría que se definió como el impacto que ocasiona la depresión infantil en el funcionamiento cotidiano y en las relaciones interpersonales del niño, afectando los diferentes contextos en que éste se desenvuelve. De esta categoría emerge lo siguiente:

Tabla 2
Etiología Depresión Infantil. Cuadro de frecuencias de categorías y sub categorías

Categoría	Subcategoría	Subsubcategoría	Porcentaje
1. Etiología	1.1. Factores Ambientales		100%
		1.1.1. Disfunciones Familiares	73,86%
		1.1.2. Eventos Traumáticos	57,89%
		1.1.3. Estresores Escolares	31,58%
		1.1.4. Depresiones Maternas	21,05%
	1.2. Factores Biológicos		36,84%

Tabla 3
Consecuencias Depresión Infantil. Cuadro de frecuencias categoriales.

Categoría	Subcategoría	Porcentaje
2. Consecuencias	2.1. Rendimiento Académico	94,44%
	2.2. Área Social	83,33%
	2.3. Área Familiar	66,66%

2.1. Rendimiento académico. La mayoría de los entrevistados (94,44%), identifican, como consecuencias de la depresión infantil, una disminución en el rendimiento escolar, que se manifiesta en alteraciones a nivel de capacidades cognitivas, pudiendo tener o no repercusiones evidentes en el desempeño académico:

2.2. Área social. Un 83,33% hace referencia a que los niños con depresión se aíslan de su grupo de pares, ello, muchas veces potenciado por el rechazo y poca comprensión del medio hacia ellos, producto de sus conductas disruptivas. Respecto a las consecuencias del cuadro en las relaciones con los adultos, éstas dependerían de la actitud de los mayores, pudiendo resultar positivas cuando existe preocupación por la sintomatología del menor y negativas cuando priman las reprimendas al comportamiento disruptivo, mediante el cual el niño está manifestando su depresión.

2.3. Área familiar: Un 66,66% de los profesionales señalan que la dinámica familiar se ve afectada, debido a los cambios de conducta que el niño manifiesta y a que los padres no son capaces de comprender esta sintomatología, reaccionando con críticas y hostilidad hacia el menor. También, que las consecuencias a nivel familiar pueden clasificarse como positivas, cuando los padres toman conciencia de la problemática y se hacen cargo de ella, lo que repercute positivamente en el estado del niño. Al contrario, las consecuencias serían nefastas ante falta de comprensión y contención de la familia hacia la problemática del niño, afectando las relaciones entre ambos.

Un resumen de lo que se ha descrito es lo que se aprecia en la Tabla 3

3. Respeto del Diagnóstico

Esta categoría se pasó a definir como los elementos constitutivos de la aproximación diagnóstica psicológica respecto de la depresión infantil. Las subcategorías que emergieron fueron las siguientes:

3.1. Características del cuadro. Síntomas que se manifiestan en el cuadro depresivo infantil.

3.1.1. Ámbito anímico. El 89,47% de los entrevistados destacan que la depresión infantil se manifiesta con oscilaciones en el ánimo y en las emociones. Baja de ánimo e irritabilidad.

Algunos profesionales puntualizan sólo la expresión de ánimo disminuida y otros, pero en menor medida, que el ánimo predominante en la depresión infantil es irritable. Otros identifican la tristeza como la emoción inherente a este cuadro y distinguen la desmotivación y la anhedonia como características de los niños con depresión.

3.1.2. Ámbito conductual. El 78,95% de los profesionales destacan el cambio comportamental, el que puede expresarse en conductas inhibidas, agresivas, y/o de protesta, predominando las manifestaciones conductuales hiperactivas:

3.1.3. Ámbito cognitivo. El 57,89% de los psicólogos identifican la ideación suicida, aunque sólo algunos de ellos mencionan la existencia de intentos suicidas en los niños tal como se manifiesta en el protocolo n° 8:

“... el sentimiento de muerte es como algo que nos ha llamado harto la atención en los niños que, por lo menos, en este año especial, nos han llegado acá muchos niños chiquititos con intento suicida, ahora mucho más que antes... “.

Tabla 4
Aproximación Diagnóstica. Cuadro Resumen de frecuencias categoriales.

Categoría	Subcategoría	Subsubcategoría	Porcentaje
1.Diagnóstico	1.1. Características del Cuadro	1.1.1. Ámbito Anímico	89,47%
		1.1.2. Ámbito Conductual	78,95%
		1.1.3. Ámbito Cognitivo	57,89%
		1.1.4. Ámbito Fisiológico	42,11%
	1.2. Métodos de Diagnóstico	1.2.1. Pruebas Psicológicas	78,95%
		1.2.2. Entrevista Clínica	57,89%
		1.2.3. Observación Clínica	15,79%
	1.3. Criterios Diagnósticos	DSM- IV, CIE- 10	78,95%
		Problemas de conducta, aprendizaje, abuso, violencia y maltrato	63,16%
	1.4. Problemáticas Clínicas Asociadas	Poco definido, derivación del colegio	47,37%
	1.5. Motivo de Consulta	Psiquiatras	47,37%
	1.6. Incorporación de otros profesionales		31,58%
	1.7. Etapa del Desarrollo		

También, señalan una disminución en las capacidades de atención y concentración, junto a un descenso en la autoestima:

“... se desconcentra mucho más fácilmente, empiezan a confiar poco en sí mismos...”. (E. 19).

3.1.4. Ámbito fisiológico Un 42,11%, distinguen alteraciones en la alimentación y el peso; problemas en el sueño y en menor medida, ansiedad, fatiga y trastornos de eliminación (enuresis y encopresis)

3.2. Métodos de diagnóstico. Se define como las herramientas clínicas usadas por el psicólogo respecto del diagnóstico del cuadro, incluyéndose su pertinencia y forma de empleo.

3.2.1. Pruebas psicológicas. El 78,95% de los entrevistados hace referencia a estas herramientas. Las más utilizadas son los tests gráficos y el juego. Las pruebas de medida estadística se emplean sólo para determinados casos.

3.2.2. Entrevista clínica. Este método es mencionado en segundo lugar (57,89%), destacando la incorporación de la familia en su implementación.

3.2.3. Observación clínica. Sólo una mínima parte de los entrevistados hace alusión a este método (15,79%). Destacando la instancia grupal, a fin de observar cómo se desenvuelve el niño con sus pares.

3.3. Criterios diagnósticos. El 78,95% de los psicólogos hacen referencia a la utilización de criterios diagnósticos. Se emplean manuales diagnósticos como el CIE-10 y el DSM-IV, en menor medida se consideran aspectos psicológicos específicos del niño.

3.4. Problemáticas clínicas asociadas. El 63,16% de los profesionales señalan que el cuadro depresivo infantil se presenta asociado a problemas de conducta y aprendizaje, consecencial a situaciones de abuso, violencia y maltrato:

“...la depresión infantil... está asociada a ciertas problemáticas, en el caso de lo que más veo yo, son situaciones de abuso sexual, de violación o de maltrato grave y en esos contextos, varios chicos presentan sintomatología depresiva. (E.13).

3.5. Motivo de consulta. El 47,37% de los entrevistados plantean que los casos de depresión infantil no suelen llegar con un motivo de consulta definido, existiendo confusión, por parte del sistema consultante respecto a la problemática del niño, lo que se potenciaría, principalmente, por los trastornos de conducta.

En cuanto a la instancia de donde surge la demanda, señalan que los casos de niños con sintomatología depresiva suelen ser derivados desde el colegio, a pesar que no es detectada como tal. Mencionan además que el número de casos de depresión infantil en los COSAM es escaso:

“... llegan con otro diagnóstico derivados de colegio por un trastorno conductual o una baja en rendimiento. ... e indagando más ahí vemos que hay una depresión enmascarada. Pero no son muchos los casos que recibimos acá, yo te digo siete pueden ser en el año. ...”. (E. 3).

3.6. Incorporación de otros profesionales. Un (47,37%) de psicólogos, hacen alusión al apoyo de otros profesionales para diagnosticar la depresión infantil, destacando la

Tabla 5
Tratamiento Depresión Infantil. Cuadro Resumen de Frecuencias Catoriales.

Categoría	Subcategoría	Subsubcategoría	Porcentaje
2.Tratamiento	2.1. Enfoque Psicoterapéutico	2.1.1. Aproximación Sistémica	47,37%
		2.1.2. Aproximación Psicoanalítica	21,05%
		2.1.3. Ninguno	19,79%
		2.1.4. Aproximación Cognitivo-Conductual	15,79%
		2.1.5. Aproximación Humanista	10,53%
		2.1.6. Aproximación Integrativa	10,53%
		2.1.7. Aproximación Constructivista	5,26%
	2.2. Incorporación de la Familia		68,42%
	2.3. Trabajo Multidisciplinario y en Red		73,68%
	2.4. Tipo de Atención	2.4.1. Individual	52,63%

incorporación de psiquiatras. Algunos de los profesionales plantean que el diagnóstico de este cuadro es un área que les atañe más a los psiquiatras que a los psicólogos.

3.7. *Etapas del desarrollo.* La etapa del desarrollo es considerada sólo por un 31,58% de los profesionales como una variable a considerar en la comprensión y abordaje del cuadro depresivo infantil. No obstante se señala que debido al período del ciclo vital en el que se encuentran los niños, éstos poseen menos capacidades, para expresar verbalmente sus emociones, sentimientos y vivencias, teniendo además, dificultades para identificarlas. Una síntesis de lo expuesto se puede apreciar en la Tabla 4.

4. Respeto del Tratamiento

Esta categoría abarca la implementación de métodos, estrategias y modalidades de intervención terapéutica. A continuación se exponen las subcategorías emergentes.

4.1. *Enfoque psicoterapéutico.* El 47,37% de los entrevistados se inclinan por un enfoque sistémico en el tratamiento de la depresión infantil. Un 21,05% se refiere a la aproximación psicoanalítica, un 15,79% al modelo cognitivo conductual, un 10,53% al enfoque humanista, el mismo porcentaje a una aproximación integrativa y el 5,26% al constructivismo. Cabe señalar que un 19,79% de los profesionales dice no adscribirse a ningún enfoque. Se destacan como técnicas de intervención, el uso de juego, dibujo y cuento.

4.2. *Incorporación de la familia.* El 73,68 de los entrevistados incorpora a la familia, siendo considerada relevante para la intervención.

4.3. *Trabajo multidisciplinario y en red.* El 68,42 de los profesionales hace referencia a esta subcategoría. Se destaca la participación de los psiquiatras y en menor medida se hace alusión a otros profesionales. Respecto de redes se explicitan las conexiones institucionales: colegios y redes institucionales de salud pública.

4.4. *Tipo de Atención.* El 52,63% de los psicólogos alude que el tipo de atención es principalmente psicoterapia individual, sin embargo se otorga gran importancia a la incorporación del niño a talleres (temáticos, habilidades sociales y autoestima), a tratamiento grupal, como complementarios. Una síntesis de lo expuesto se puede apreciar en la Tabla 5.

5. Respeto de Facilitadores y Obstaculizadores para el abordaje

Esta categoría se pasó a definir como los factores que influyen de forma positiva y/o negativa en el abordaje de la depresión infantil. Así, de esta categoría emergen las siguientes subcategorías.

5.1. *Del Contexto Inmediato.* El 89,47% de los entrevistados mencionan elementos del contexto inmediato del niño, que pueden facilitar u obstaculizan el proceso. Mencionado de una parte el apoyo, compromiso, comprensión de la problemática por parte de la familia, y de otra las disfunciones familiares y la falta de recursos económicos como factores que influyen en el abordaje del cuadro.

5.2. *De la institución.* Elementos estructurales y funcionales de los COSAM.

5.2.1. *Recursos.* El 78,95% de los entrevistados hace referencia a las malas condiciones para desarrollar una óptima atención: Escasez en el número psicólogos para cumplir con la demanda de terapia individual, no obstante se menciona la posibilidad de derivar a talleres psicológicos y terapia familiar dentro de los COSAM; falta de recursos como medicamentos y espacio físico. Se destacan como factores facilitadores, pero en menor medida, la gratuidad de las consultas, la cercanía del centro de salud con la comunidad y la voluntad de la atención oportuna.

5.2.2. *Trabajo en red.* El 42,11% de los profesionales se refiere a la importancia de un trabajo fluido entre el terapeuta y el profesor, pero no existiendo instancias formales

ni trabajo en red. En segundo lugar, se hace referencia a las redes institucionales (hospitales y otros), señalando las dificultades de su funcionamiento por escasez de horas y lejanía física de éstos. Asimismo, se explicitan problemas para contactarse con estos centros de salud y con los médicos tratantes debido a rotaciones de ellos. En general se recurre a contactos informales para facilitar las derivaciones. Por último, pero escasamente, se alude a la existencia de diferentes redes sociales en la comuna, para apoyar el abordaje del cuadro.

5.2.3. Trabajo en equipo. Un 36,84%, opina que abre paso a un trabajo de colaboración para enfrentar la patología y permite el autocuidado de los profesionales: *“hablar de autocuidado significa trabajo en equipo, trabajo en conjunto acerca de la temática, porque la depresión es una enfermedad que hay que verla desde la coordinación,.... el trabajo en equipo es un factor protector”* (E. 6).

5.3. Características del niño. El 68,42% de los psicólogos aluden a la influencia de este factor en el abordaje del cuadro. Algunos señalan que los niños poseerían características que facilitarían el tratamiento. Sin embargo, por otro lado, mencionan dificultades de los niños para identificar y verbalizar sus emociones y manifestaciones del cuadro infantil que desembocarían en una cierta “invisibilidad” de la sintomatología.

5.4. Experticia del psicólogo. Un 52,63% de los entrevistados alude a dificultades asociadas a la experticia del psicólogo: *“... la mayoría de los problemas, a veces, está en uno, que no sabe lo que tiene que saber, que no hace lo que tiene que hacer, que no se coordina como debería...”* (E. 5).

Discusión y Conclusiones

A partir de los resultados descritos, se puede señalar que los profesionales se aproximan a la depresión infantil y reconocen sus consecuencias tomando en cuenta diferentes aspectos considerados en la literatura: *manifestaciones anímicas, conductuales, cognitivas y fisiológicas*. También, consideran que el cuadro tiene repercusiones en las *áreas escolar y socio-afectiva* del niño. Asocian además, el cuadro depresivo infantil a otras problemáticas, tales como abuso, maltrato, trastornos de aprendizaje y de conducta, lo cual concuerda con lo descrito en la literatura científica.

No obstante, profundizando en los resultados descritos y respecto del *Objetivo n° 1: Etiología*, el 100% de los entrevistados consideran que la depresión tiene una base fundamentalmente ambiental, no obstante la multicausalidad señalada en la literatura, minimizando los aspectos biológicos que esta tiene ya suficientemente descritos en la literatura (García, 2003), lo que podría tener implicancias en lo terapéutico. Esta postura pudiera estar influenciada por los cuadros depresivos que les ha tocado tratar y que

han estimado reactivos a situaciones medio-ambientales tales como: disfunciones familiares, eventos traumáticos, estresores escolares, depresiones maternas, entre otros. Naturalmente, son factores que se suman y hacen más complejo el abordaje terapéutico del trastorno, pero no necesariamente significan relación causal.

Respecto del *Objetivo n° 2: Diagnóstico*, es necesario señalar que ciertos psicólogos delegan de manera absoluta el diagnóstico en el médico psiquiatra, sin considerar un diagnóstico de equipo aportando desde la propia formación y experticia.

De otra parte la mayoría de los entrevistados utilizan como apoyo diagnóstico los tests proyectivos, los cuales son pertinentes respecto a la naturaleza del cuadro y grupo etéreo, no obstante se aprecia la no familiarización con cuestionarios para padres, profesores y para el propio paciente, inventarios de fácil aplicación, algunos de ellos autoadministrados, los que serían un apoyo para realizar un mejor diagnóstico. Son ejemplos de ellos: el Autoinforme de Síntomas para Preescolares de Martín, Strayhorn & Puig-Antich, 1990; la Escala de Sintomatología Depresiva para el Maestro de Domèmech, Monreal & Ezpeleta, 1985; el Inventario de Depresión por Nominación de los Compañeros elaborado por Lezkowitz & Tesiny, 1980, entre otros (Méndez, 2002). Otro elemento es la escasa incorporación de la psicología del desarrollo en la conceptualización de los cuadros.

Un antecedente significativo lo constituye que el 57,89% de los psicólogos identifican ideación suicida en los niños que atienden; lo que subraya la importancia de buenas aproximaciones diagnósticas, de tratamiento y de técnicas apropiadas a emplear.

La percepción de los profesionales entrevistados, es que el número de cuadros que atienden es escaso, lo que contrasta con los datos internacionales y nacionales. Ello, presentaría una interrogante acerca de un posible sub-diagnóstico del cuadro en los centros donde se realizó la investigación.

Por último, es necesario destacar, respecto de la *detección* de patología, el rol que cumplen los colegios de las comunas en donde se efectuó la investigación, lo que vuelve a significarles como organismo protector sectorial de los problemas de salud mental.

Respecto del *Objetivo n° 3: Aproximación terapéutica*, casi un 48% declara trabajar con una aproximación sistémica, lo que estaría relacionado con las problemáticas psicosociales de la población beneficiaria que se atiende, y con el enfoque familiar asignado para estos centros desde las políticas del Ministerio de Salud chileno. A pesar de ello, sólo 2 de los 19 psicólogos entrevistados realizan terapia familiar. También llama la atención la predominancia de la atención individual –aunque se señale que se incorpora ocasionalmente a la familia–, considerando los contextos

señalados por los propios encuestados y que los niños son seres dependientes.

Como *obstaculizadores* de la labor, es significativo que un 52,63% de los psicólogos entrevistados, señale falta de experticia en el abordaje práctico de la depresión infantil. Ello se podría relacionar con una falta de capacitación en lo específico y también que sólo 6 de los 19 entrevistados declaran poseer una especialización de postgrado en clínica infanto-juvenil. Como otro obstaculizador, se menciona el mal funcionamiento de la red asistencial, a fin de realizar referencias y contrarreferencias oportunas. Sólo un 36,84% señala que el trabajo en equipo abre paso a un trabajo de colaboración para enfrentar la patología y permite el autocuidado de los profesionales.

Por último las conclusiones que se desprenden de este estudio descriptivo son las siguientes:

Primero, surge la necesidad de fortalecer la formación teórico-práctica de estos profesionales respecto del trastorno, ya que la depresión infantil es un tema de gran relevancia tanto por su prevalencia e incidencia, como por el daño que produce y su recuperabilidad. De allí que es fundamental que el equipo de salud, que atiende el nivel primario y secundario de atención esté suficientemente capacitado para un diagnóstico oportuno, considerando indicadores en las distintas etapas de desarrollo. Se hace necesario subrayar que los COSAM forman parte de la Red de Salud Pública, siendo un eslabón importante respecto de Objetivos Sanitarios de ella.

Segundo, incentivar un trabajo coordinado de los equipo de salud de esos centros de atención, considerando estrategias de abordaje terapéutico que incluyan la multicausalidad biológica y medioambiental, conjuntamente con intervenciones a nivel individual, familiar y escolar de manera fluida y coherente.

Referencias

- Abrams, K., Theberge, S. & Karan, O. (2005). *Children and Adolescents Who Are Depressed: An Ecological Approach*. Recuperado el 10 de Agosto de 2005, desde http://findarticles.com/p/articles/mi_m0KOC/is_3_8/ai_n9775245.
- Almonte, C. & García, R. (2003). Epidemiología Psiquiátrica en Niños y Adolescentes. En: Almonte, C., Montt, M. E. & Correa, A. (Eds.) *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (pp.144-170). Santiago: Edit. Mediterráneo
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2002). *DSM- IV- TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. (4ª Ed.). Barcelona: Masson.
- Belsasso, G. & González, S. (2001). *Programa Específico de Depresión*. Recuperado el 20 de Enero, 2005 desde el sitio Web de la Secretaría de Salud de México: <http://sersame.salud.gob.mx/depression.htm>.
- De la Barra, F., Toledo, V. & Rodríguez, J. (2004). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. IV: desórdenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 42 (4), 259- 272.
- García, R. (2003) Trastornos del estado de animo. En: Almonte, C., Montt, M. E. & Correa, A. (Eds.) *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (pp. 369-381). Santiago: Edit. Mediterráneo
- Grinberg, L. (1988). *Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hazell, P. (2002). Depression in children [Versión electrónica]. *BMJ Journals Online*, 325, 229- 230.
- Marcelli, D. & De Ajuriaguerra, J. (1996). La depresión en el niño. En: D. Marcelli & J. De Ajuriaguerra (Eds.), *Psicopatología del niño* (pp. 359- 373). Barcelona: Masson.
- Méndez, F. (2002). *El Niño que no sonríe*. Madrid: Pirámide.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (1996). *Estudio carga de enfermedad*. Recuperado el 08 de Mayo, 2007, desde el sitio Web del MINSAL: <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm>.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2004). *Estudio y evaluación atención secundaria de depresión*. Recuperado el 20 de Junio, 2007, desde el sitio Web del MINSAL: www.minsal.cl.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2005). *Prioridad Programática: Personas Afectadas por Depresión*. Recuperado el 20 de Agosto, 2005 desde el sitio Web del MINSAL: www.minsal.cl.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2006). *Segundo Régimen de Garantías Explícitas en Salud*. Recuperado el 25 de Marzo, 2006 desde el sitio Web de FONASA: http://www.fonasa.gov.cl/prontus_fonasa/site/artic/20051125/asocfile/auge_2006.pdf.
- Montenegro, H. (1994). Depresión en la infancia y adolescencia. Conducta suicida. En: H. Montenegro & H. Guajardo (Eds.), *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 135- 160). Santiago: Publicaciones Teóricas Mediterráneo.
- Navarro, P. & Díaz, C. (1999). Análisis de Contenido. En J. Delgado & J. Gutiérrez, (Eds). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 177- 221). Madrid: Síntesis.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). *CIE- 10: Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: OMS.
- Polaino, A. (1998). Los trastornos afectivos en la infancia. Las depresiones infantiles. En: J. Rodríguez (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 655- 680). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J. & O'Connor, T. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study [Versión electrónica]. *The Lancet*, 365, 2201- 2205.
- Rivas Terán, M., Vázquez Varquero J. L. & Pérez Alvarez M. (1995) Alteraciones Psicopatológicas en la Infancia: El niño en E.G.B. *Psicothema*, 7(3), 513-526.
- Rodríguez, J. (2000). Las depresiones infantiles. En: J. Rodríguez (Ed.), *Psicopatología infantil básica* (pp. 211- 223). Madrid: Pirámide.
- Saklofske, D., Janzen, H., Hildebran, D. & Kaufmann, L. (2001). *Depression in children*. Maryland: National Association of School Psychologists.
- Simón, A. (1996). La depresión infanto-juvenil: entrevista clínica. En: N. Bassas & J. Tomàs (Eds.), *Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia* (pp. 274- 281). Barcelona: Laertes.
- Sisto, C. (2005). *Clínica de la depresión*. Recuperado el 14 de Agosto de 2005, desde <http://www.herrerros.com.ar/melanco/sisto.htm>.
- Spitz, R. (1969). *El primer año de vida del niño*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Tomás, J., Teixidó, M. & Gastaminza, X. (1996). La depresión en la infancia y la adolescencia. En: N. Bassas & J. Tomàs (Eds.), *Carencia afectiva, hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y la adolescencia* (pp. 259- 273). Barcelona: Laertes.
- Vail, K. (2005). *Helping students through depression*. Recuperado el 20 de Agosto de 2005, desde <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=821347411&sid=2&Fmt=3&clientId=46720&RQT=309>.
- Zamora, S. (1994). En *salud mental del niño escolar*. Santiago: Salvador.