

ORIGEN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y COMO SE PUEDE AYUDAR

Dra. Isabel Florez Fernandez

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Hospital Universitario Son Dureta

Palma de Mallorca.



1. *DEPRESIÓN*

2. *DUELO*

3. *SUICIDIO*

4. *TRASTORNO BIPOLAR*



DEFINICIÓN

- Cambio de humor hacia la tristeza junto a variaciones de la actividad habitual que suele disminuir de forma considerable. Tiene con frecuencia un carácter recurrente, y la aparición de un episodio concreto suele relacionarse con acontecimientos vitales estresantes.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

TRASTORNOS DEPRESIVOS

- TR. DEPRESIVO MAYOR
- TR. DISTÍMICO
- TR. DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

TRASTORNOS BIPOLARES

- TR. BIPOLAR I
- TR BIPOLAR II
- TR. CICLOTÍMICO

OTROS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

- TR. ESTADO ÁNIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA
- TR. ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

- SÍNTOMAS A DIARIO AL MENOS 14 DÍAS CONSECUTIVOS.
- LA INFORMACIÓN PROCEDE DEL NIÑO EXCEPTO EL ENLENTECIMIENTO PSICOMOTOR O LA AGITACIÓN QUE DEBE SER OBSERVABLE POR LOS DEMÁS.

LOS SÍNTOMAS PRODUCEN

- UN MALESTAR CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO
- DETERIORO SOCIAL,
- DETERIORO ESCOLAR
- DETERIORO DE OTRAS ÁREAS DE LA ACTIVIDAD DEL NIÑO

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- ☛ Animo deprimido o irritable
- ☛ Disminución de interés
- ☛ Aumento o pérdida de peso.Cambios en el apetito
- ☛ Insomnio o hipersomnias diarias
- ☛ Agitación o enlentecimiento psicomotriz

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS-II

- Fatigabilidad o pérdida de energía
- Sentimientos inadecuados de culpa o inutilidad
- Disminución de la capacidad de concentración o indecisión
- Ideas de suicidio o muerte

MENORES DE 7 AÑOS



- El síntoma de presentación más frecuente, es la ansiedad. Manifiestan irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo o aumento de la actividad motora y abulia.
- También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional.

MENORES DE 7 AÑOS



- En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia con los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis).

**NIÑOS DE 7 AÑOSA
EDAD PUB ERAL**



**esfera afectiva y
conductual:**

irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte.

**NIÑOS DE 7 AÑOSA
EDAD PUB ERAL**



**esfera cognitiva y
actividad escolar:**

baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales.

NIÑOS DE 7 AÑOSA EDAD PUBERAL



esfera somática:
cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnía), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.

“ UN NIÑO DE 12 AÑOS, RELATIVAMENTE NORMAL SI HABER DADO NUNCA NINGÚN PROBLEMA, UN DÍA SIN MOTIVO EMPIEZA A FALTAR A CLASE, A PELEARSE CON LOS COMPAÑEROS Y A AISLARSE DE CASA.

PRESENTA DOLORES DE CABEZA Y ESTÓMAGO, PÉRDIDA DE APETITO Y SE ORINA EN LA CAMA UNA VEZ QUE YA LO HABÍA DEJADO DE HACER

NIEGA ESTAR TRISTE, PERO NO SE VE ALEGRE, SINO IRRITADO. NO JUEGA COMO LO HACÍA ANTES Y NO DISFRUTA COMO ANTES”

Adolescentes



Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, y aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima).

SEÑALES DE ALERTA

- ☞ Llorar con facilidad
- ☞ Poco interés por juegos y escuela
- ☞ Se aleja de amigos y familia
- ☞ Poca comunicación
- ☞ Menos energía
- ☞ Irritable y sensible
- ☞ Baja autoestima
- ☞ Final triste de cuentos
- ☞ Comportamiento agresivo
- ☞ Quejas constantes
- ☞ Duerme demasiado o muy poco
- ☞ Conductas regresivas
- ☞ Habla de suicidio
- ☞ Conductas hiperactivas

DIAGNOSTICO

- El diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios.
- Deberán emplearse técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, debido a la existencia de limitaciones cognitivas y de verbalización en este grupo de edad.
- Para completar la evaluación psicopatológica, es imprescindible la información aportada por los padres y por el entorno escolar.

DIAGNOSTICO

ENTREVISTAS

- GENERALES. "DIAGNOSTIC INTERVIEW SCHEDULE FOR CHILDREN"
- ESPECÍFICAS: "CHILDREN ´S DEPRESSION RATING SCALE (CDRS)"

CUESTIONARIOS


- "CHILDREN ´S DEPRESSION INVENTORY (CDI)"
- CHILDREN ´S DEPRESSION SCALE (CDS)"

REGISTROS


EPIDEMIOLOGÍA

- ☛ 0,3% Edad preescolar
- ☛ 1,9% Edad escolar
- ☛ 2,3-4,9% Adolescencia
- ☛ 7% de niños con enfermedad pediátrica crónica padecen depresión
- ☛ 40% de niños con cefaleas crónicas padecen depresión

- En un estudio realizado en España con 404 niños, se encontró que los trastornos depresivos eran el segundo diagnóstico más frecuente (tras los trastornos de conducta) con un 14,6% de los casos que demandaron atención. En este porcentaje se incluyó también el diagnóstico de trastorno de adaptación, subtipo depresivo. Si solo se incluía el trastorno depresivo mayor y la distimia, la prevalencia de los trastornos depresivos fue del 7,4% de la muestra total.



Algunos estudios han encontrado que en niños tratados en centros psiquiátricos ambulatorios, la depresión observada fue del 28%, y que se incrementaba al 59% si los niños estaban en régimen de ingreso hospitalario.



FACTORES DE RIESGO

- La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo.
- Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión

1.-RIESGOS FAMILIARES

- La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia
- Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor

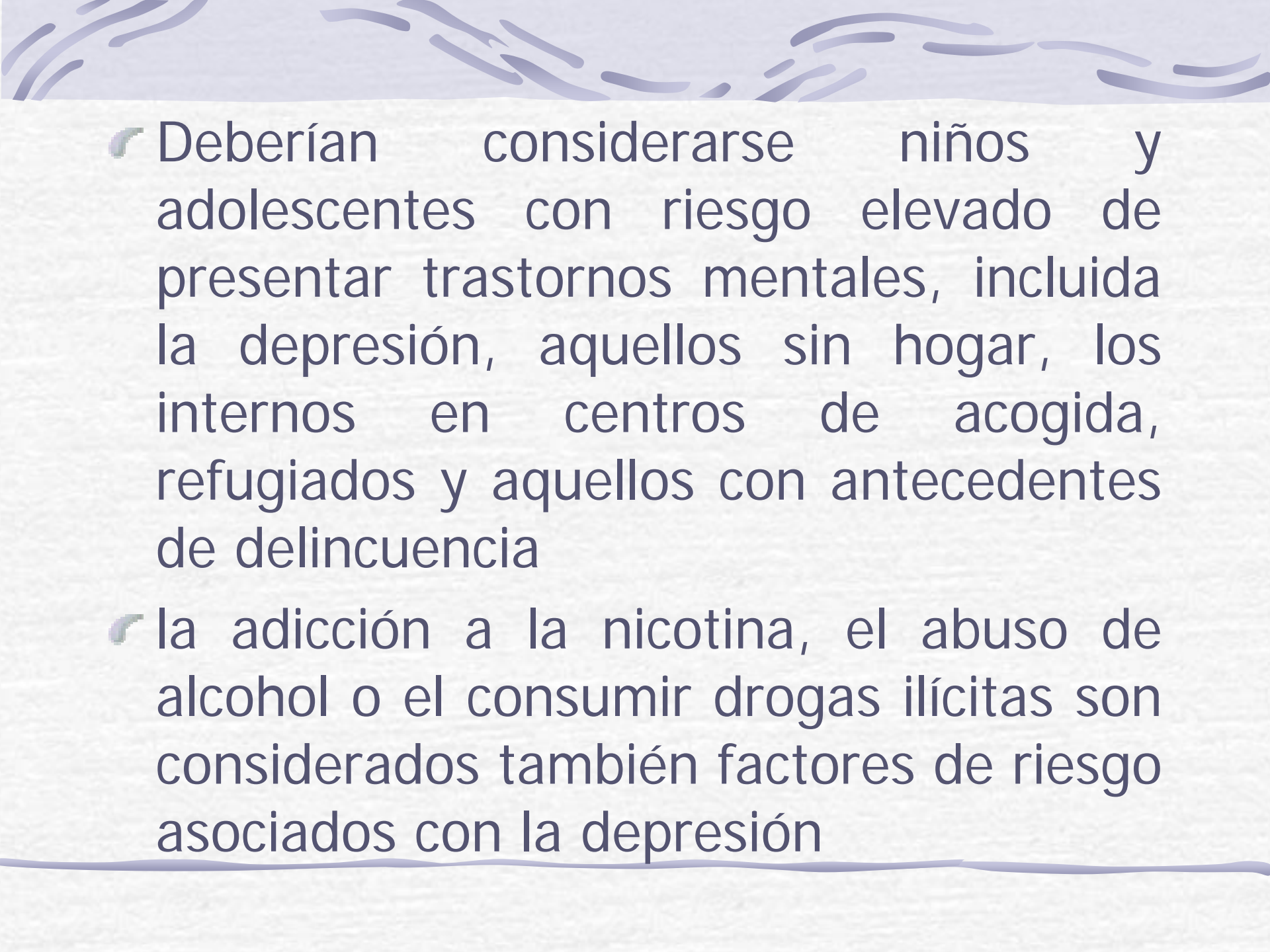
- Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño.
- las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado
- Los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo

- El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, **no parecen presentar una fuerte asociación** con el desarrollo de depresión en los niños o adolescentes

2.-RIESGOS EN EL ENTORNO

- ☛ existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social,
- ☛ los niños y adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social

- vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja.
- El acoso por parte de iguales o *bullying* y la humillación son también factores de riesgo de depresión

- 
- Deberían considerarse niños y adolescentes con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión, aquellos sin hogar, los internos en centros de acogida, refugiados y aquellos con antecedentes de delincuencia
 - la adicción a la nicotina, el abuso de alcohol o el consumir drogas ilícitas son considerados también factores de riesgo asociados con la depresión

3. R. INDIVIDUAL: SEXO

- *En las etapas prepuberales, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es similar entre niños y niñas.*
- *Sin embargo, entre adolescentes, la prevalencia es mayor para el sexo femenino con una razón 2:1 debido posiblemente a la diferente forma de afrontar el estrés o a los cambios hormonales que se producen durante la pubertad*

R.INDIVIDUAL: GENETICA

- hasta un 20-50% de los niños o adolescentes con trastornos depresivos presentan historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental
- en gemelos indican que los síntomas depresivos podrían explicarse en un 40-70% por la presencia de factores genéticos
- el mecanismo de acción de los genes en los diferentes niveles hasta la manifestación clínica de la depresión es todavía desconocido

R.INDIVIDUAL: BIOQUIMICA

- alteraciones de los sistemas serotoninérgico y corticosuprarrenal
- alteraciones de los niveles de hormona del crecimiento, prolactina y cortisol

R.INDIVIDUAL: PSICOLOGICO

- La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos
- La afectividad negativa conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos
- características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento

Nivel socioeconómico

- Varios autores no consideran que el bajo nivel socioeconómico se asocie significativamente con la depresión.
- Sin embargo, otros observan que los niños de bajo entorno socioeconómico tienen un riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida dos veces superior a aquellos niños pertenecientes a un elevado entorno socioeconómico, independientemente de otros factores sociodemográficos o de historia familiar de enfermedad mental

COMORBILIDAD

- Del 40 al 70% de niños y adolescentes con depresión mayor presentan otro trastorno psicopatológico (20-50% más de uno)
 - Trastorno distímico y de ansiedad (30-80%)
 - Trastorno de conducta, hiperactividad
 - Trastorno por abuso de sustancia (20-30%)
 - Trastorno de personalidad (más del 60%)

- Excepto para el abuso de sustancias, el trastorno depresivo mayor es más probable que ocurra después del comienzo de otros trastornos.
- La presencia de comorbilidades afecta de forma importante en la aparición de depresión resistente, duración del episodio, intentos de suicidio o comportamientos suicidas, nivel de funcionamiento en su vida cotidiana o respuesta al tratamiento

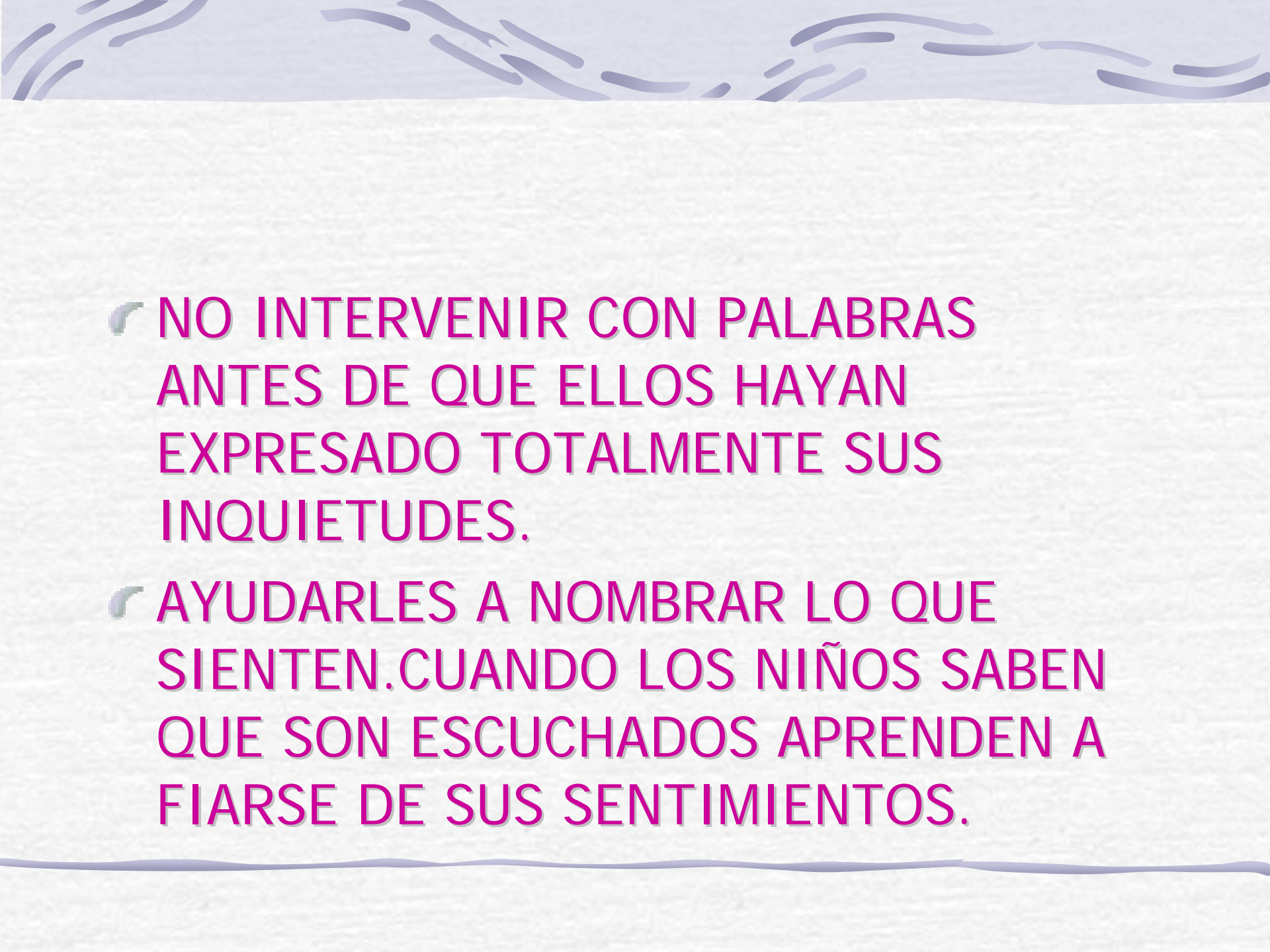
EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

- El inicio temprano de la depresión presagia una forma severa y un pronóstico oscuro a largo plazo
- La duración media de un episodio depresivo es de 9 meses y la recuperación entre 7 y 9 meses
- Tras un años se recupera un 60% y tras 18 meses el 90%
- El 70% recaída en los 5 años siguientes
- El 25% tiene un t. Bipolar alrededor de los 20años
- La cormobilidad agrava el pronóstico

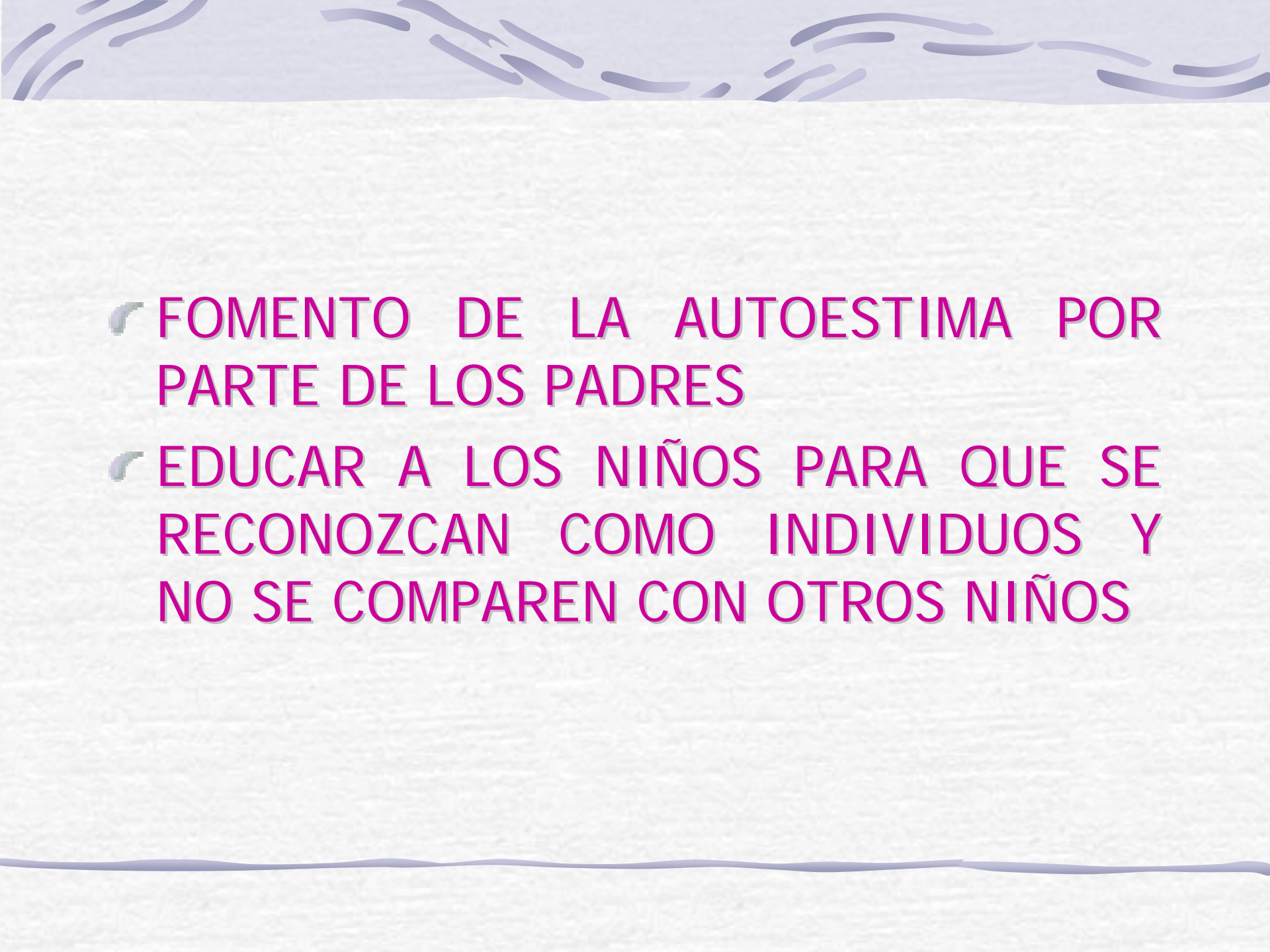
- En los niños y adolescentes, la depresión tiene gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales
- posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta
- La depresión mayor es además uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes

PREVENCIÓN

- EL EXPRESAR SENTIMIENTOS Y EMOCIONES A LOS PADRES AYUDA A QUE LOS NIÑOS APRENDAN MODELOS DE APRENDIZAJE EMOCIONAL
- EL PRIMER PASO PARA CONSEGUIRLO ES ESCUCHAR CON ATENCIÓN A LOS HIJOS, EN CUALQUIER SITUACIÓN Y EDAD. LOS PADRES DEBEN TRANSMITIRLES QUE SUS SENTIMIENTOS SON IMPORTANTES.

- 
- NO INTERVENIR CON PALABRAS ANTES DE QUE ELLOS HAYAN EXPRESADO TOTALMENTE SUS INQUIETUDES.
 - AYUDARLES A NOMBRAR LO QUE SIENTEN. CUANDO LOS NIÑOS SABEN QUE SON ESCUCHADOS APRENDEN A FIARSE DE SUS SENTIMIENTOS.

- ESCUCCHAR ATENTAMENTE SIN INTERVENIR HASTA EL FINAL
- DARLE TIEMPO A QUE SE EXPLIQUE Y QUE LLEGUE A SUS PROPIAS CONCLUSIONES
- CONCEDER CREDIBILIDAD Y CONFIANZA A SUS SENTIMIENTOS
- NO HACER JUICIOS PREVIOS
- AYUDARLE A NOMBRAR LO QUE SIENTE
- PROMOVER UN AMBIENTE EN CASA DE ESCUCHA Y RESPETO POR LOS SENTIMIENTOS DE TODOS LOS MIEMBROS.

- 
- ✓ FOMENTO DE LA AUTOESTIMA POR PARTE DE LOS PADRES
 - ✓ EDUCAR A LOS NIÑOS PARA QUE SE RECONOZCAN COMO INDIVIDUOS Y NO SE COMPAREN CON OTROS NIÑOS

PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

- El tratamiento de la depresión infantil comprende intervenciones psicológicas, sociofamiliares y farmacológicas
- La planificación terapéutica depende de:
 - Diagnóstico
 - Edad
 - Clínica
 - Características sociofamiliares

TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL

- Eficaz tanto en poblaciones escolares con síntomas depresivos, como en adolescentes y en la prevención de recaídas.
- El éxito se relaciona con la menor edad de los adolescentes y con la menor severidad del cuadro.
- Duración no larga: 8-20 sesiones


- Es una terapia centrada en el presente y basada en la asunción de que la depresión está mediada por la percepción errónea de los sucesos y por el déficit de habilidades
- Sus componentes esenciales son la activación conductual (incrementar la realización de actividades potencialmente gratificantes) y la reestructuración cognitiva

MECANISMO TCC

- Reconocimiento de las emociones: "yo me siento triste"
- Relación de estas con cogniciones y conductas "he pensado que soy un inútil y no he hecho el examen para no tener un cero"
- Cambio de atribuciones cognitivas negativas



En ocasiones se acompaña de:

- Entrenamiento en habilidades sociales
 - Entrenamiento en relajación
 - Entrenamiento en resolución de problemas
- 

TERAPIA PSICODINÁMICA

- No hay publicaciones de estudios controlados
- En niños preescolar se puede utilizar terapia por juego.
- En niños escolares, si hay una resistencia, introducir juegos estructurados y después menos estructurado, para acceder a la terapia individual
- En adolescentes terapia hablada

INTERVENCIONES FAMILIARES


- La integración de la familia en el tratamiento de la depresión del niño y adolescente es crucial.
 - Relación con problemas afectivos de los padres
 - Disfunciones familiares
 - Patrones de interacción y educativos maladaptados
 - Bajos niveles de comunicación padres-adolescentes.

FACTORES DE MALA RESPUESTA A PSICOTERAPIA


- Gravedad de la depresión
- Trastorno de ansiedad comórbida
- Falta de apoyo socioafectivo
- Psicopatología de los padres
- Conflictos familiares
- Exposición a situaciones estresantes
- Nivel socioeconómico bajo

INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA

- Aunque las intervenciones psicoterapéuticas, particularmente la cognitivo-conductual y la interpersonal, han demostrado su eficacia en el tratamiento de niños y adolescentes con síntomas depresivos y episodios de gravedad media a moderada, su efectividad es limitada y en ocasiones se precisa tratamiento farmacológico.



La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en los adultos está bien documentada, pero en el caso del niño y adolescente existe controversia sobre cuál es la terapia más adecuada y dentro del tratamiento farmacológico, cuál es el antidepresivo más idóneo en relación tanto a su seguridad como a su eficacia



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE INICIO

- Depresión en la que no puede llevarse a cabo psicoterapia
- En las que cursa con sintomatología psicótica
- En depresiones graves
- En fases depresivas de trastorno bipolar
- En episodios depresivos recurrentes

TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

- La utilización de fármacos en la depresión del niño ha sido extrapolada del adulto. Esto parte de que el trastorno depresivo es la misma patología en niños y en adultos.
- Tener en cuenta las diferencias clínicas, y las características farmacocinéticas y farmacodinámicas: necesidades de mayor dosis por Kg debido al mayor metabolismo hepático (mayor superficie hepática en relación al peso).

LA AGENCIA ESPAÑOLA DEL
MEDICAMENTO SIGUIENDO LAS
INSTRUCCIONES DE LA FDA
RECOMIENDA LA NO UTILIZACIÓN
DE LOS ANTIDEPRESIVOS
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN
DE SEROTONINA EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES.

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

➤ IMIPRAMINA (tofranil)

- Inhibe recaptación Se y Na
- Dosis: 2 a 5 mg/kg/día
- Iniciar dosis baja y aumentar 25 mg cada 2 días hasta 100 mg en niños y 150 en adol.

➤ CLOMIPRAMINA (anafranil):

- Inhibe recaptación serotonina

➤ Controles: ECG basal y de control

FLUOXETINA

- Estudio de Emslie 1997: respuesta significativa, pero parcial de la fluoxetina (56%) versus placebo (33%)
- Dosis de inicio: 5mg, incrementando hasta 20 mg.
- Presentación en solución y comprimidos dispersables.

PAROXETINA

- Muy útil si se asocia a clínica de ansiedad
- Iniciar con 10 mg
- Niños.: 10-30 mg
- Adolescentes: 20-40 mg

SERTRALINA

- Más activador que paroxetina y fluvoxamina
- Muy buena tolerancia
- Presentación en solución
- Inicio: 25mg
- Niños 50-150mg
- Adolescentes 50-200mg

FLUVOXAMINA

- Dosis de inicio: 25 mg
- Niños: 50-200 mg

ANTIDEPRESIVOS DE ÚLTIMA GENERACIÓN

- VENLAFAXINA: depresión con inhibición e hiperactividad
- MIRTAZAPINA: para conseguir sedación
- REBOXETINA: no utilizar en niños
- ATOMOXETINA: TDAH.

- De los diferentes fármacos antidepresivos existentes, los ISRS han mostrado ser los únicos eficaces en el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes
- Dentro de los ISRS, la fluoxetina es el único fármaco que ha mostrado ser eficaz y que está autorizado para el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes
- En adolescentes, la sertralina, citalopram y escitalopram han demostrado eficacia
- La eficacia de la fluoxetina está en relación con el grado de gravedad de la enfermedad,

CONSEJOS PARA LA FAMILIA

“LO QUE NO DEBE HACER”

- CRITICAR O CULPAR AL DEPRESIVO DE SU COMPORTAMIENTO
- CULPARSE A SÍ MISMO DE LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR
- EXCLUIR AL DEPRIMIDO DE TODO
- ANIMAR AL ENFERMO DEPRESIVO A QUE TOME DECISIONES IMPORTANTES
- OBLIGAR A LA PERSONA DEPRIMIDA A REALIZAR ACTIVIDADES EN CONTRA DE SU VOLUNTAD

CONSEJOS PARA LA FAMILIA

“LO QUE SI DEBE HACER”

- RECONOCER QUE LA PERSONA DEPRIMIDA ESTÁ ENFERMA Y QUE EL TRATAMIENTO ES FUNDAMENTAL.
- ANIMAR A LA PERSONA DEPRIMIDA A QUE SIGA EL TRATAMIENTO
- VIGILAR LOS HÁBITOS DE SUEÑO
- RECONOCER QUE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN PUEDEN CAMBIAR EL COMPORTAMIENTO DE LA PERSONA DEPRIMIDA.



DUELO EN LA INFANCIA

CONCEPTO DE DUELO

CONJUNTO DE EMOCIONES, REPRESENTACIONES MENTALES Y CONDUCTAS VINCULADAS CON LA PÉRDIDA AFECTIVA, LA FRUSTRACIÓN O EL DOLOR.

TRANSICIONES PSICOSOCIALES

INFANCIA

- PÉRDIDA O SEPARACIÓN DE LOS PADRES
- PÉRDIDA DE CONTACTO CON EL HOGAR FAMILIAR

ADULTO JOVEN

- RUPTURA MATRIMONIO
- EMBARAZO
- ABORTO
- HIJO DISMINUÍDO
- PÉRDIDA DE TRABAJO
- PÉRDIDA DE PROGENITOR
- EMIGRACIÓN

ADOLESCENCIA

- SEPARACIÓN PADRES, HOGAR O ESCUELA

ADULTOS Y ANCIANOS

- JUBILACIÓN
- PÉRDIDA FUNCIONES FÍSICAS
- DUELO POR FAMILIARES O AMIGOS
- PÉRDIDA AMBIENTE FAMILIAR
- ENFERMEDAD O INCAPACIDAD EN FAMILIA

ELABORACIÓN DEL DUELO

- SERIE DE PROCESOS PSICOLÓGICOS QUE COMENZANDO CON LA PÉRDIDA TERMINA CON LA ACEPTACIÓN DE LA NUEVA REALIDAD INTERNA O EXTERNA DEL SUJETO.
- SUPONE A LA LARGA LA SUPERACIÓN DE LA TRISTEZA Y LA POSIBLE AMBIVALENCIA HACIA LO PERDIDO.

FASES DEL DUELO

FASE I: INMEDIATA

"NO, NO LO ACEPTO"

- PASIVIDAD, SHOCK, INCAPACIDAD PARA COMPRENDER QUÉ HA OCURRIDO.
- RESPONDE CON DISTANCIA HACIA LAS PERSONAS PRÓXIMAS
- LO INTELECTUAL Y LO EMOCIONAL SE DISOCIAN; SE ACTUA COMO AUTÓMATA.
- EL ESTADO DE CONFUSIÓN PROTEGE CONTRA LA AFLICCIÓN.
- LA PENA ES POR EL SER QUERIDO
- PUEDE DURAR DESDE UNOS DÍAS A VARIAS SEMANAS.

FASES DEL DUELO

FASE II:INTERMEDIA

"SI, PERO NO LO SOPORTO"

- APARECE UNA DEPRESIÓN REACTIVA CON ANSIEDAD
- IRRITACIÓN HACIA TODO
- SE ASOCIAN SENTIMIENTOS DE INJUSTICIA, CULPABILIDAD E IRA
- LO COTIDIANO CREA DISPLACER
- APARECE VARIAS SEMANAS DESPUÉS DE LA PÉRDIDA Y DURA VARIOS MESES E INCLUSO SUPERA EL AÑOS

FASES DEL DUELO

FASE III: ESTABLE

"SI, LO ASUMO"

- SE ACEPTA LA PÉRDIDA COMO ALGO IRREMEDIABLE.
- SE EMPIEZA A ORGANIZAR Y PLANEAR EN CONSECUENCIA.
- PUEDE DURAR 6-12 MESES.

MUERTE PARA LACTANTES Y PREESCOLARES

- NO HAY COMPRENSIÓN COGNITIVA DE LA MUERTE
- SON SENSIBLES A LOS CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN Y CUIDADOS, A LAS EMOCIONES INTENSAS NEGATIVAS DE LOS CUIDADORES.

MUERTE PARA PÁRVULOS (3-5 AÑOS)

- CREEN QUE LA MUERTE ES TEMPORAL Y REVERSIBLE.
- CONSIDERAN LA MUERTE COMO UN CASTIGO O CUMPLIMIENTO DE UN DESEO.
- CREEN QUE LA ENFERMEDAD TERMINAL ES CONTAGIOSA: ELLOS O SUS PADRES PUEDEN MORIR.

MUERTE PARA ESCOLARES (6-10 AÑOS)

- MUERTE PERMANENTE Y REAL
- NO SON CAPACES DE COMPRENDER SU PROPIA MORTALIDAD.

MUERTE PREADOLESCENTES (11-13 AÑOS)

- MUERTE REAL, FINAL Y UNIVERSAL
- COMPRENDEN LA DIFERENCIA ENTRE VIVIR Y NO VIVIR.
- INTERESADOS EN LOS ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD Y DETALLES DEL FUNERAL

MUERTE EN ADOLESCENTE (14-18 AÑOS)

- COMPRENDEN SUS CAPACIDADES EXISTENCIALES DE LA MUERTE
- PUEDEN NEGAR SU PROPIA MORTALIDAD A TRAVÉS DE CONDUCTAS DE RIESGO.

The top of the page features a horizontal band with a light purple background, containing several dark purple, wavy, brush-stroke-like lines that create a sense of movement and depth. A similar, though less dense, decorative line is located at the bottom of the page.

SUICIDIO

SUICIDIO

- ☛ Las tentativas de suicidio puede ser el primer síntoma percibido de depresión
- ☛ El suicidio es infrecuente antes de los 14 años, con máxima frecuencia entre 15 y 18a.
- ☛ El suicidio es la segunda causa de muerte entre 15 y 24 años en Reino Unido.
- ☛ Las chicas cometen tres veces más intentos de suicidio que los chicos
- ☛ Los chicos consuman cinco veces más suicidio que las chicas

A decorative horizontal band at the top of the page, featuring a light purple background with several dark purple, wavy, brushstroke-like lines. A similar, thinner decorative line is located at the bottom of the page.

TRASTORNO BIPOLAR

¿EXISTE EL TRASTORNO BIPOLAR INFANTIL?

- ALGUNOS PACIENTES CON TB HAN COMENZADO SU CLÍNICA EN LA INFANCIA.
- EL PROBLEMA ES LA DIFICULTAD DE DIAGNÓSTICO:
 - INQUIETUD.....HIPERACTIVIDAD
 - SÍNTOMAS PSICÓTICOS....FANTASÍAS
 - IRRITABILIDAD.....REBELDÍA JUVENIL

¿A QUÉ EDAD APARECE EL TRASTORNO BIPOLAR?

- GENERALMENTE APARECE ENTRE LOS 15 Y 25 AÑOS, AUNQUE PUEDE APARECER EN LA INFANCIA

A decorative horizontal band at the top of the slide, featuring a light purple background with several dark purple, wavy, brushstroke-like lines that create a sense of movement and depth.

EPIODIO MANIACO

A single, dark purple, wavy line that spans the width of the slide, mirroring the style of the lines in the top decorative band.

Mania

- PARA HACER EL DIAGNÓSTICO DE EPISODIO MANIACO DEBE TENER :
- ESTADO DE ÁNIMO IRRITABLE O EUFÓRICO
- CON **3** (si euforico) O **4** (si irritable) DE LOS 7 SÍNTOMAS DE MANÍA
- DURANTE 1 SEMANA CON DISFUNCIÓN SOCIAL Y OCUPACIONAL

DIGFAST

1. Distractibility
2. Insomnia
3. Grandiosity
4. Flight of ideas
5. Activities
6. Speech
7. Thoughtlessness

1. Distraibilidad

- El más frecuente de los síntomas
- Incapacidad de mantener la atención /concentración en una tarea, independientemente de la duración

2. Insomnio: disminución de la necesidad de dormir

- Es diferente del insomnio de la depresión, en el que simplemente hay disminución del sueño
- Una excelente forma de diferenciar los dos es preguntarle al enfermo sobre su nivel de energía.
- En la manía, a pesar de dormir poco el nivel de energía es normal o elevado, en el insomnio depresivo es un nivel de energía baja

3. Grandiosidad

- Refleja aumento de la autoestima
- Puede ser delirante
- O en casos más leves: aumento de la auto-confianza, desproporcionada para las circunstancias personales

4. FUGA DE IDEAS

- Pensamiento acelerado
- Indica una progresión rápida de los propios procesos del pensamiento

5. ACTIVITAT

- Aumento de les actividades dirigidas a un objetivo
- Es una hiperactividad funcional i a menudo parece útil. Puede ser de 4 tipos:
 1. Social
 2. Sexual
 3. Laboral
 4. Escolar

6. SPEECH

- Velocidad del habla
- Más hablador que de costumbre
- Se suele detectar en la entrevista

7. THOUGHTLESSNESS

- ☛ Irreflexión, inconsciencia
- ☛ Búsqueda de actividades placenteras que salen del sentido común y que son disfuncionales
- ☛ Típicamente: imprudencias sexuales, conducción temeraria, juergas monumentales, viajes de repente.

DIFERENCIAS EN NIÑOS

- FRECUENCIA MAYOR EN VARONES EN TB INFANTIL
- CON MÁS FRECUENCIA EPISODIOS MIXTOS Y CICLOS RÁPIDOS.
- APARICIÓN DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS CON MAYOR FRECUENCIA:
 - Alucinaciones
 - Conductas desorganizadas
 - Estado confusional
 - Ideas delirantes

- LAS CONDUCTAS DESINHIBIDAS DE LA MANÍA PUEDEN EXPRESARSE EN FORMA DE HIPERSEXUALIDAD.
- EN EL NIÑO APARECE UN INTERÉS EXAGERADO QUE SOBREPASA LA CURIOSIDAD Y SE MANIFIESTA POR ACTIVIDADES AUTOESTIMULATORIAS DESCONTROLADAS QUE OBLIGAN A DESCARTAR EL ABUSO SEXUAL