



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado
Producción teórica: Monografía

Depresión Infantil: Un Factor de Riesgo para el Suicidio.

Jimena Paulina Rangel Mazzuco.

C.I.: 5.510.763-5

Tutor: Prof. Adj. Mag. Evelina Kahan.

Revisor: Asist. Mag. Alfredo Parra.

Diciembre, 2024.
Montevideo, Uruguay.

Agradecimientos.

*A la Prof. Adj. Mag. Evelina Kahan y al Asist. Mag. Alfredo Parra, por su
paciencia y acompañamiento
a lo largo del desarrollo de este trabajo.*

*A Ana María Mazzuco y José Rody Francia, mis maestros de vida, quienes
siempre me apoyaron e impulsaron a no bajar los brazos,
pese a las caídas.*

*A Franco, mi compañero y cable a tierra, gracias por estar a mi lado
y alentarme siempre a dar lo mejor de mi.*

*Al pájaro más lindo que hoy vuela en el cielo. Te fuiste demasiado pronto, y
aunque tu ausencia pesa, hoy me impulsa y da sentido a este camino.*

A toda mi historia de vida, a la que fui, soy y seré.

Gracias.

Índice:

Resumen.....	4
Introducción.....	5
1. Capítulo 1: Depresión Infantil: De lo Inadmisibile a lo Aceptado.....	7
1.1. Pioneros en Visibilizar la Depresión Infantil.....	7
1.2. Conceptualización Contemporánea de Depresión Infantil.....	11
2. Capítulo 2: Síntomas y Diagnóstico de la Depresión Infantil.....	12
2.1. Síntomas y Criterios Diagnósticos: DSM-5 y CIE-11.....	12
2.2. Indicadores en Técnicas Proyectivas Gráficas.....	13
2.3. Cuestionario de Depresión para Niños.....	15
3. Capítulo 3: Factores de Riesgo y de Protección.....	16
3.1. El Contexto.....	16
3.2. El Rol Materno.....	20
3.3. Enfermedad Congénita: Cardiopatía.....	22
4. Capítulo 4: Depresión y Suicidio Infantil.....	23
4.1. Epidemiología: América Latina y Uruguay.....	23
4.1.1. Tasas de mortalidad por suicidio en América Latina.....	24
4.1.2. Tasas de mortalidad por suicidio en Uruguay.....	25
4.2. Suicidio Infantil.....	26
4.2.1. Ideación Suicida.....	27
4.2.2. Intento de Suicidio.....	28
4.2.3. Mitos sobre Depresión y Suicidio.....	30
5. Reflexiones finales.....	32
Referencias Bibliográficas.....	34

Resumen

La depresión infantil, reconocida como una entidad clínica de manera relativamente reciente (Mendez, 2002) fue históricamente subestimada, bajo la creencia de que los niños no podían padecerla (Loubat et al., 2008). Actualmente, este trastorno es una problemática de salud pública, que ha sido poco estudiada (Collazos Cifuentes y Jiménez, 2013), sin embargo, resulta esencial promover una mayor atención y comprensión del tema dada su complejidad (González-Forteza et al., 2015). La presente monografía aborda la depresión infantil desde la perspectiva psicoanalítica, enfatizando primeramente en manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos, así como también en herramientas de utilidad clínica. En paralelo, se analizan factores de riesgo y de protección, como la influencia del entorno, el rol materno y las enfermedades crónicas, centrándose en particular en las cardiopatías congénitas. Finalmente, en cuanto a los hallazgos epidemiológicos, se pone de manifiesto una notable prevalencia de la depresión a nivel mundial, acompañado por una reducción en la edad de inicio (MPS, 2020). Estos datos se consideran alarmantes dado que la depresión es un factor de riesgo significativo para el suicidio (MSP, 2024a). Además se abordan dimensiones fundamentales, como la ideación suicida, intento de suicidio, y mitos sobre el suicidio y la depresión. El objetivo de este trabajo es profundizar en la comprensión de estas problemáticas, con el fin de incrementar el conocimiento disponible, resaltando la importancia de generar más información y promover intervenciones tempranas.

Palabras claves: *Depresión Infantil, Factores de riesgo, Suicidio Infantil.*

Introducción

La depresión infantil es un trastorno complejo que ha sido reconocido como entidad clínica en el campo de la Psicología de manera relativamente reciente (Mendez, 2002). Durante mucho tiempo se asumió que solo afectaba exclusivamente a los adultos, sin embargo, esta perspectiva ha cambiado y hoy en día es aceptada por la comunidad científica (Loubat et al., 2008). Actualmente, la depresión infantil se ha convertido en un tema relevante tanto en el ámbito académico como en salud, debido a su impacto en una etapa tan crucial como lo es la niñez, la cual se la asocia generalmente con alegría, juego y felicidad (Herrera Murcia, 2012). De hecho, en los últimos años, se ha observado una notable prevalencia de la depresión a nivel mundial, acompañado por una reducción en la edad de inicio. Se estima que el 3,8% de la población global sufre de depresión, lo que resulta en más de 280 millones de personas en todo el mundo (MPS, 2020). En particular y de interés para la presente monografía, la depresión es un factor de riesgo significativo para el suicidio (MSP, 2024a).

El suicidio infantil representa una problemática compleja, donde existe cierta resistencia en los adultos a su abordaje, tal como afirman Ajuriaguerra y Marcelli (1996, citado en García Peña y Villota Araujo, 2019). En efecto, se vuelve evidente la escasez de literatura sobre el suicidio infantil, así como el abordaje e intervención para aquellos niños que presenten tanto ideación suicida como intento de suicidio (Palacios et al., 2007). Las tasas de mortalidad por suicidio en América Latina han mostrado una tendencia preocupante, siendo la única región donde la mortalidad por suicidio ha crecido (OPS, 2023). Estos hallazgos cobran relevancia en Uruguay, donde en el análisis de datos del año 2022, se indica que 5 menores de 14 años o menos han fallecido por suicidio, una tasa de 0,7 muertes por suicidio cada 100.000 habitantes (MSP, 2023). Aunque los suicidios infantiles registrados son pocos en comparación con los adultos, las conductas encubiertas y lo enmascarado en accidentes sugieren que su frecuencia es mayor, considerados como suicidios encubiertos (Morais dos Santos y Batista de Melo, 2016). De este modo, la epidemiología de los suicidios entre las edades de 5 a 12 años es imprecisa (Cyrulnik, 2014). Incluso un caso aislado debe ser visto como un motivo de preocupación especialmente al considerar no sólo los efectos que impactan en el niño sino también en su familia y entorno (García Peña y Villota Araujo, 2019).

En este marco, la presente monografía propone recopilar literatura existente desde una perspectiva psicoanalítica, buscando conceptualizar la depresión infantil, identificar sus síntomas, factores de riesgo y de protección así como su relacionamiento con el suicidio. En el primer capítulo se realiza un breve acercamiento hacia los primeros estudios sobre depresión infantil y su conceptualización actual. En el segundo capítulo se abordan síntomas y criterios diagnósticos tales como el DSM-5 y CIE-11. Además se describen herramientas de utilidad clínica para abordar la temática: indicadores en técnicas proyectivas gráficas y el cuestionario de depresión para niños.

El tercer capítulo proporciona factores de riesgo y de protección, con énfasis no sólo en el entorno y el rol materno, sino también en una enfermedad crónica en el niño, específicamente la cardiopatía congénita. En el cuarto capítulo, se enfatiza el suicidio infantil y se presentan cifras estadísticas a en América Latina y Uruguay, lo fundamenta su pertinencia académica. También en este capítulo se abordan conceptos fundamentales como la ideación suicida, intento de suicidio, y mitos sobre el suicidio y la depresión, con el objetivo de profundizar en la comprensión de estos fenómenos en la población infantil.

Finalmente, el quinto capítulo contiene reflexiones acerca de esta problemática, en las que se destaca que en Uruguay, la falta de estudios epidemiológicos acerca de la salud mental infantil representa un desafío al momento de planificar políticas públicas. Se enfatiza la importancia de contar con información coherente, continua y comparable que permita identificar deficiencias, proponer medidas y evaluar resultados.

1. Capítulo 1: Depresión Infantil: De lo Inadmisibile a lo Aceptado.

1.1. Pioneros en Visibilizar la Depresión Infantil.

En la presente monografía se aborda la depresión infantil desde un marco teórico psicoanalítico, razón por la cual en primer lugar es importante hacer referencia a Sigmund Freud y Karl Abraham, dos de los psicoanalistas más influyentes en la temática. Tanto Freud como Abraham realizaron importantes aportes al estudio de la depresión en adultos.

Freud (1915) diferencia al duelo de la melancolía, esta última implica una pérdida del objeto amado y un proceso de autocrítica, que puede llevar al individuo a sentimientos profundos de autodesprecio y tendencias suicidas. Freud (1915) constituyó un punto de partida fundamental para Abraham (1924) quien extendió y enriqueció el pensamiento freudiano mediante la integración de estos conceptos con el estudio del desarrollo psíquico temprano. Abraham (1924) explora cómo las etapas tempranas del desarrollo libidinal y las fijaciones asociadas pueden dar lugar a trastornos como la melancolía o la manía. Ambos autores contribuyeron a una comprensión más profunda de la influencia de los procesos de desarrollo temprano en el surgimiento y manifestación de estas condiciones psíquicas en la vida adulta.

Para entender cómo estas teorías clásicas se han integrado en la conceptualización moderna de la depresión, particularmente en adultos, es útil considerar la definición contemporánea que ofrecen Arévalo et al. (2011), quienes describen a la depresión como un "...estado afectivo caracterizado por una disminución cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente como un sentimiento de tristeza..." (p. 108). El trastorno depresivo se caracteriza por un estado de ánimo deprimido así como la ausencia de placer por las actividades cotidianas. El mismo puede afectar a cualquier persona de cualquier edad, condición económica, niveles educativos y contextos culturales (Guilén et al., 2013). Así como también mayoritariamente a aquellas personas que han atravesado pérdidas, abusos así como otras experiencias estresantes y traumantes (OMS, 2023a).

A partir de estas definiciones contemporáneas de la depresión en adultos, se puede concluir que las teorías clásicas han tenido un impacto significativo en la comprensión actual de esta condición. No obstante, abordar el concepto de depresión desde la infancia es algo más complejo y desafiante, dado que también la depresión se define por la

experimentación del sentimiento de enojo, el niño deprimido muchas veces se presenta enojado (Marcelli, 2007). También su complejidad radica en que el tema ha sido objeto de estudio por un número reducido de autores, observándose un escaso desarrollo teórico (Collazos Cifuentes y Jiménez, 2013). Esto contrasta con la abundante literatura sobre la depresión en adolescentes y especialmente en adultos (Arditi et al., 2005). De hecho, desde sus comienzos, la depresión infantil como cuadro clínico ha sido negada y sólo unos pocos pioneros lograron evidenciar la misma (Del Barrio y Carrasco, 2013). Con la publicación de las actas del Congreso Nacional del Institute of Mental Health en 1977, y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III) en 1980, comenzó a reconocerse oficialmente la existencia de la depresión infantil. Esto permitió que la misma pudiera ser diagnosticada a través del uso de los mismos criterios que en los adultos (Herrera Murcia, 2012).

Desde una perspectiva tanto teórica como práctica, definir la depresión en niños resulta ser un desafío significativo, y es por esta razón que es crucial realizar un breve acercamiento hacia algunos de los pioneros claves en el desarrollo de la temática. Uno de ellos fue René Spitz (1972), el cual observó a niños que habían sufrido una separación materna temprana. Spitz (1946, citado por Arditi et al., 2005) describe la depresión anaclítica en niños internados cuyo rango de edad estaba entre los 6 y los 9 meses (Del Barrio y Carrasco, 2013), sin la presencia de su madre, y que experimentaban cambios constantes y desfavorables. En su estudio, examinó el efecto que tenía la separación temprana entre el niño y su madre, y encontró una serie de síntomas tales como: disminución y pérdida del apetito, falta de interés en el entorno, trastornos en la postura y problemas de insomnio.

Spitz (1972) señala que cuando la pérdida de relaciones objetales imposibilita la descarga de impulsos agresivos, el niño vuelve la agresión hacia él mismo, de tal manera que esto le produce insomnio y rechazo hacia la comida. En consecuencia, se observó que estos niños a posteriori se atacan activamente a sí mismos y el deterioro es tan progresivo que puede llevarlos a una desnutrición y hasta la muerte (Spitz, 1972). De igual modo, en los niños observados aparecían diferentes síntomas, en algunos se hacía presente el llanto, en otros el retraimiento, pero cada niño tenía particularidades específicas y es por ello que se torna complejo clasificar síntomas que determinen la depresión infantil (Collazos Cifuentes y Jiménez, 2013).

Por su parte, Melanie Klein (1944) introduce el concepto de posición depresiva infantil, no como un cuadro clínico sino como una etapa del desarrollo universal esperable, donde afirma la existencia de un conjunto de sentimientos, fantasías, ansiedades y defensas que emergen en el niño durante todo su primer año de vida (Klein, 1944). Para entender el origen de los sentimientos depresivos en los niños, examina la relación temprana entre el niño y su madre en los primeros meses de vida. La manera en la que el infante interactúa y se relaciona con la misma, sus reacciones y respuestas a las actitudes y emociones maternas, forman lo que se conoce como "relación de objeto" (Klein, 1944, p. 535). De esta manera, el niño desarrolla una percepción de su madre como persona total, y una vez que lo logra comienza a experimentar ambivalencias afectivas, el temor de que sus deseos y fantasías "canibalísticas" puedan causarle daño a ese objeto amado genera en él sentimientos de culpa. Por lo tanto, en la "introyección del objeto total", el infante comienza a experimentar en su mente amor, odio, ansiedad, sentimientos de pérdida y de culpa, así intensifica su impulso de suprimir a esa madre "mala" y mantener a la madre idealizada como "buena", esto es lo que conduce a la posición depresiva (Klein, 1944).

Klein (1944) considera que la pérdida recurrente de proximidad física del niño con su madre, especialmente del pecho de esta, hace más complejos e intensos estos sentimientos depresivos mencionados, lo cual en este punto en particular coincide en gran medida con los aportes realizados por Spitz (1972), en cuanto a que la ausencia del objeto induce cambios desfavorables en el infante. Tanto Klein (1944) como Spitz (1972) coinciden en la importancia del cuidado y de las experiencias tempranas, ya que las dificultades que se puedan presentar en estas producen un impacto significativo en la aparición de trastornos tales como la depresión.

Desde otra óptica teórico conceptual, John Bowlby (1951) señaló que los efectos tanto inmediatos como a largo plazo en la salud mental del niño, son el resultado de una experiencia de relación cálida y continua entre la madre y su hijo por la cual ambos encuentran satisfacción y alegría (Bowlby, 1951 citado en Moneta, 2014). En esta misma línea, desarrolla la teoría del apego y describe el impacto que producen las primeras experiencias y la relación con la figura principal en el desarrollo psíquico del niño, puede ser esta la madre u otra persona significativa. En lo que respecta a sus observaciones, Bowlby (1951) estudió a más de cuarenta niños institucionalizados por delinquir, e identificó que en todos los casos existieron experiencias previas de abuso y maltrato por parte de los

progenitores. Además, examinó a niños separados de sus madres tempranamente y por un largo período de tiempo, donde se percató de los efectos desfavorables en la salud mental que esto conllevó para dichos infantes (Moreta, 2014).

Bowlby (1983, citado en Arditi et al., 2005) describe una serie de características similares a las planteadas por Spitz (1972), tanto conductuales como sintomáticas en niños que han sido separados de su madre. Estos incluyen desde un llanto intenso con la esperanza de que su madre ausente aparezca y posteriormente atraviesan por una fase de desesperanza donde se da un rechazo a la comida, se muestra inactivo, hasta el establecimiento de un vínculo con una figura sustituta cuya característica es la desafectivización.

De acuerdo a lo planteado por Spitz (1972), Klein (1944) y Bowlby (1951), coinciden en destacar cómo las primeras interacciones inciden significativamente, reconociendo el impacto negativo de la separación temprana materna y la pérdida en el desarrollo futuro del niño. Si bien estos autores ponen énfasis sobre todo en la figura materna ausente, se plantea que la pérdida de la figura paterna, de un hermano o incluso de una figura significativa no sanguínea, puede impactar de manera significativa convirtiéndose en un factor desencadenante de depresión, con la consideración del momento de la estructuración del psiquismo del infante (Arditi et al., 2005).

Siguiendo esta línea, Winnicott (1963) por su parte, pone énfasis en el ambiente como determinante. En términos psicológicos, afirma que el infante es simultáneamente independiente y dependiente (Winnicott, 1963). Por un lado, tiene una base heredada que incluye los procesos de maduración y una realidad propia, y por otro lado, el avance de estos procesos de maduración dependen del ambiente que lo rodea. Así, el ambiente facilitador, permite que el niño desarrolle su potencial y promueva su progreso constante en los procesos de maduración (Winnicott, 1963a). La ausencia de un ambiente facilitador adecuado produce fallas en el desarrollo de la personalidad y en la formación del self (Winnicott, 1959) por ende el ambiente facilitador resulta esencial, y cuando no es lo suficientemente bueno, el proceso de maduración tiende a debilitarse y deteriorarse (Winnicott, 1963b).

La evolución y los aportes de estas teorías se ven reflejadas en lo planteado por Ajuriaguerra (1977), quien desde aquel entonces plantea la complejidad del diagnóstico de la depresión infantil y de su presentación clínica. Según Nissen (1971, citado en Ajuriaguerra, 1977) la sintomatología depresiva puede variar de acuerdo a la edad y al sexo del niño. En los niños de edad escolar temprana suelen presentar inhibición afectiva y síntomas psicósomáticos como “enuresis, onicofagia, manipulación genital, miedos nocturnos, crisis de llanto y gritos” (Ajuriaguerra, 1977, p. 108). Por su parte, en los niños de edad escolar mayores, la depresión se manifiesta más en rumiaciones, pensamientos suicidas, sentimientos de inferioridad. En cuanto al sexo, las niñas con depresión tienden a mostrarse más tranquilas, inhibidas y con cambios de humor, en contraste con los varones quienes suelen mostrarse hiperactivos, irritables y agresivos (Ajuriaguerra, 1977).

1.2 Conceptualización Contemporánea de Depresión Infantil.

En la actualidad la comunidad científica reconoce la existencia de la depresión infantil, sin embargo, aunque hoy en día se acepte su entidad propia y que posee similitudes con la del adulto, no hay un consenso total sobre una definición del término entre los autores, sus diferentes perspectivas y modelos explicativos (Guilén et al., 2013).

En general, se considera a la depresión infantil como un cambio persistente en la conducta del niño, el cual produce un descenso en el disfrute de las actividades diarias y un descontento consigo mismo y el entorno (Del Barrio y Carrasco, 2013). En consecuencia, se señala que esta condición suele ir acompañada de un bajo rendimiento escolar, deficiencias en la comunicación con sus pares, en sus ganas de jugar, alteraciones corporales así como protestas (Del Barrio y Carrasco, 2013). Implica además un conjunto de sintomatología donde predominan los de tipo afectivo, tales como la tristeza, desesperanza, apatía, irritabilidad, entre otros (Guilén et al., 2013).

Aunque la depresión infantil comparte síntomas con la depresión adulta, muchos autores señalan que su manifestación es diferente (Ajuriaguerra, 1977). En este sentido, Loubat, Aburto y Vega (2008) sostienen que la depresión infantil rara vez se presenta como en el adulto, ya que se expresa de manera más heterogénea, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento. La complejidad de la depresión infantil se refleja en sus diversas manifestaciones sintomatológicas y en su origen multicausal, lo cual se ve influido por ciertos factores, como la dificultad que tienen algunos niños para expresar e identificar sus

emociones debido a que se encuentran en pleno desarrollo, las diversas formas en las que se presenta su sintomatología en función de la edad, la posibilidad de comorbilidad de la depresión con otras patologías y las propias características de cada niño (Loubat et al., 2008).

En el siguiente capítulo se abordará de manera específica la sintomatología y los criterios diagnósticos DSM-5 (APA, 2014) y CIE-11 (OMS, 2019).

2. Capítulo 2: Síntomas y Diagnóstico de la Depresión Infantil.

2.1. Síntomas y Criterios Diagnósticos: DSM-5 y CIE-11.

En la actualidad, las clasificaciones internacionales que se utilizan para diagnosticar la depresión en niños, son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-5 (APA, 2014) de la Asociación de Psiquiatría (APA) y la Clasificación Internacional de enfermedades - CIE-11 (OMS, 2019) (Delgado y Agudelo, 2021). Tanto en el DSM-5 como en la CIE-11, no existe una clasificación diferencial de la depresión infantil como un trastorno aparte de la depresión en adultos, aunque se reconocen algunas diferencias en la manifestación de los síntomas.

El DSM-5 (APA, 2014) y la CIE-11 (OMS, 2019) coinciden en gran medida en sus criterios para identificar el trastorno de depresión mayor, indicando que se requiere de la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, disminución del interés o el placer por casi todas las actividades, pérdida importante de peso o por el contrario un aumento de peso, insomnio o hipersomnias y dificultades para concentrarse. Con respecto al estado de ánimo deprimido, tanto en el DSM-5 (APA, 2014) como en la CIE-11 (OMS, 2019) se hace referencia a que hay una diferencia en los niños, ya que en estos tiende a ser un estado de ánimo más bien irritable que triste, la mayor parte del tiempo. Así como también, con respecto a la pérdida importante de peso, en los niños se ve generalmente un arduo fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado de acuerdo a la edad. También en este manual se reconocen síntomas más específicos en los niños tales como quejas somáticas (dolores de estómago o de cabeza) y comportamientos de aislamiento (APA, 2014).

A modo de conclusión, ambas clasificaciones comparten una estructura basada en el ciclo vital, donde existen similitudes y diferencias en algunos grupos diagnósticos (Delgado y Agudelo, 2021). Ambas coinciden en aspectos fundamentales del diagnóstico de

depresión infantil, como los criterios básicos de síntomas y duración, sin embargo, el DSM-5 (APA, 2014) proporciona una estructura más detallada para el diagnóstico, con especificadores y subtipos, mientras que la CIE-11 (OMS, 2019), adopta un enfoque más simplista. Además de los síntomas y criterios indicados por estas clasificaciones, diversos autores coinciden en que la depresión infantil es un cuadro complejo, evidenciado por sus diversas formas de manifestación sintomática y su multicausalidad, lo cual genera dificultades en su diagnóstico e intervención (Loubat et al., 2008).

Se debe tener presente que el niño no cuenta con un lenguaje lo suficientemente desarrollado para comunicarse y expresar sus pensamientos y emociones al mundo exterior, por lo que manifestará sus malestares a través de sus comportamientos o trastornos somáticos (Arditi et al., 2005). Un niño con depresión puede mostrarse extremadamente inquieto, hiperactivo, con “mala conducta” hasta tener insomnio, anorexia, o incluso demostrar una adaptación excesiva (Lewin y Santos Barreiro, 2019). Nissen (1971) por su parte, sostiene que en la infancia, los síntomas principales de la depresión como la tristeza o la anhedonia pueden no ser visibles. En su lugar, pueden manifestarse con enuresis-encopresis, onicofagia, temor nocturno, episodios de llantos y gritos (Collazos Cifuentes y Jiménez, 2013).

Los niños de entre 6 a 12 años de edad, que cursan una depresión, desarrollan progresivamente habilidades más elaboradas para expresar su malestar. Por un lado, se muestran por medio de autocrítica, baja autoestima y expresiones verbales de agotamiento o incapacidad. Por otro lado, por medio de conductas de protesta y resistencia frente a los sentimientos depresivos, actuando de forma impulsiva, agresiva, con fugas e incluso robos (Ajuriaguerra y Marcelli, 1986). Más allá de que la sintomatología de la depresión infantil sea diversa y que en algunos casos se dificulte su diagnóstico, es fundamental reconocer la particularidad de cada caso.

2.2. Indicadores en Técnicas Proyectivas Gráficas.

Las técnicas proyectivas gráficas (TPG), tales como el Dibujo de la Figura Humana, el Test de la Familia y HTP, en algunos casos permiten comenzar a ver la problemática de la depresión, brindando algunos insumos para su diagnóstico. Según Caride de Mizes (2009), las TPG son herramientas empleadas en el psicodiagnóstico para investigar aspectos preconscientes e inconscientes en el individuo. El dibujo se considera una creación personal

que representa simbólicamente al yo y sus objetos. Al expresar fantasías, temores y deseos, el sujeto revela, a través de su producción el dinamismo y la organización de su aparato psíquico, lo cual puede ser analizado para una comprensión más profunda (Caride de Mizes, 2009). Sin embargo, es importante señalar que, aunque aportan datos al proceso diagnóstico, las TPG presentan ciertas limitaciones en cuanto a su confiabilidad y su diagnóstico diferencial, por lo tanto, es relevante emplear otras técnicas de evaluación para reunir los datos necesarios y aproximarse adecuadamente al diagnóstico (Sabogal, 2004).

Con respecto a la interpretación, Hammer (1995) sugiere observar los gráficos en su totalidad y captar la primera impresión que genera. Este autor señala que por lo general, los sujetos con depresión tienden a no completar los gráficos o a realizarlos con una notable ausencia de detalles. Asimismo, los trazos débiles, suaves, con escaso movimiento en su producción así como pocos elementos móviles, son característicos de sujetos con depresión (Hammer, 1995). En esto también coinciden Caride de Mizes y Rozzi de Constantino (1982), quienes consideran estos aspectos refieren a una inseguridad y baja autoestima en el niño. Además el dibujo puede presentar un tamaño pequeño, reducido, que abarca menos de doce centímetros de la hoja, lo que refleja una inhibición y fragilidad yoica.

Por otro lado, en el Test Proyectivo de Personalidad de Machover (1949), se pueden identificar ciertas señales de depresión, como dibujar cabezas de tamaño reducido o sin mucho detalle, enfatizar la boca en exceso o, en ocasiones, no incluirla, así como omitir brazos y piernas. En esta misma línea, el Test de Familia de Corman (1967), se destacan dos aspectos relevantes que están vinculados a la depresión infantil. El primero de ellos refiere a la desvalorización de sí mismo, manifestándose en situación de inferioridad en comparación con el resto de los miembros representados en el gráfico. En segundo lugar, la ausencia del niño en el dibujo es menos frecuente, y puede indicar un estado de depresión severa (Corman, 1967). En relación con el Test HTP (casa-árbol-persona), también pueden identificarse rasgos depresivos. Además de las características ya mencionadas anteriormente, personas que aparecen sentadas o inclinadas, indicaría una pérdida de equilibrio, así como el árbol talado o cortado, y un suelo que desciende (Rocher, 2016)

Más allá de los indicadores que se han presentado, es esencial considerar al niño en su totalidad y evitar la interpretación de rasgos basándose únicamente en un signo (Rocher,

2016). Por lo tanto, es importante validar o complementar los hallazgos con otras técnicas de utilidad clínica.

2.3. Cuestionario de Depresión para Niños.

La Children 's Depression Scale (CDS. Cuestionario de Depresión para Niños, en su versión en español), fue creada por Lang y Tisher en 1978. Esta herramienta permite llevar a cabo una evaluación tanto global como específica de la depresión con niños, abordando diversos indicadores que facilitan la identificación de la variabilidad de las manifestaciones depresivas (Seisdedos, 2014). Está indicada para niños y adolescentes de 8 a 16 años de edad, en quienes se sospecha la presencia de sintomatología depresiva, con el objetivo de facilitar su detección y diagnóstico (Seisdedos, 2014).

El Cuestionario de Depresión para niños consta de 66 ítems a realizarse en un tiempo aproximado de entre 30 a 40 minutos. Estos ítems están divididos en dos grupos: 48 de carácter depresivo y 18 de carácter positivo (Seisdedos, 2014). Cada ítem del cuestionario se presenta en forma de una tarjeta que el niño debe clasificar según su grado de acuerdo o desacuerdo con el enunciado que aparece en ella (Del Barrio y Carrasco, 2013). Cada elemento se puntúa en una escala del 1 al 5, donde 1 corresponde a “Muy desacuerdo” y 5 “Muy de acuerdo” en los ítems de tipo depresivo, empero, en los ítems de tipo positivo la puntuación se invierte.

Ejemplos de ítems (Seisdedos, 2014):

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. Muchas veces me siento triste en la escuela.
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.
4. A menudo creo que valgo poco.

Los ítems permiten evaluar dos dimensiones principales: Total Depresivo y Total Positivo. La dimensión Total Depresivo se agrupa en 6 subescalas centrándose en ítems que exploran respuestas emocionales negativas, y dificultades en diversos aspectos del niño, como por ejemplo problemas en la interacción social, aislamiento y sentimientos de soledad, entre otros (Seisdedos, 2014). Por su parte, los ítems de la dimensión Total Positivo se agrupan en 2 subescalas y buscan identificar la ausencia de estados

emocionales positivos que son fundamentales para el bienestar del infante, por ejemplo, reflejan la falta de experiencias de alegría, diversión y felicidad (Seisdedos, 2014).

Este cuestionario es fundamental debido a la valiosa información que proporciona para el diagnóstico de la depresión infantil, destacándose por buenas características psicométricas, su fiabilidad y validez criterial (Del Barrio y Carrasco, 2013).

3. Capítulo 3: Factores de Riesgo y de Protección.

La depresión infantil no tiene una causa única, se trata de un trastorno complejo con múltiples factores intervinientes (Oteíza-Collante et al., 2023). A continuación se describen algunos de los posibles elementos causales, así como factores protectores que pueden contribuir a prevenir o reducir el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo en la infancia.

3.1. El Contexto.

Desde el punto de vista psicoanalítico, Freud (1915) propuso que la depresión podría surgir como una reacción ante la pérdida, que puede ser real simbólica (Freud, 1915). Desde la constitución del psiquismo es posible considerar diferentes pérdidas en el devenir del sujeto (Bruno et al., 2019). Por consiguiente, la depresión infantil se asocia con situaciones de pérdida y experiencias traumáticas, lo que genera en el niño una sensación de desvalimiento, impotencia y vulnerabilidad (Arditi et al., 2005).

De igual manera, se considera riesgoso establecer una relación de causalidad directa y lineal entre ciertos sucesos y la conducta del niño, ya que esto puede propiciar a que se catalogue como depresión a cualquier manifestación que surja como consecuencia de una pérdida, lo que representa una mirada simplista y reduccionista de la sintomatología y su supuesta causa (Ajuriaguerra y Marcelli, 1986). Por lo tanto, las perturbaciones no tienen una causa inequívoca y única, sino que generalmente se da una combinación de factores que contribuyen a la aparición de las mismas (Gonzalez y Martínez-Cárdenas, 2024).

Desde los modelos de riesgo se considera que los factores asociados con la depresión infantil no actúan de manera aislada, sino que son de naturaleza múltiple y en su mayoría se originan por el entorno en el que el niño se desarrolla (Gonzalez y Martínez-Cárdenas, 2024). Los contextos donde se evidencian diversos desajustes, tales como respuesta emocional deficiente y falta de sostén hacia el infante, inciden en la

aparición de la depresión infantil (Del Barrio y Carrasco, 2013). Según Lebovici (1995) estos desajustes en el entorno se reflejan en el niño, quien manifiesta signos de que algo ocurre en la dinámica familiar (Collazos Cifuentes y Jiménez, 2013).

El entorno familiar, es el ambiente primero y principal que actúa como filtro, contribuyendo en gran medida en cómo el niño se percibe a sí mismo y cómo percibe su mundo exterior. Las emociones juegan un papel crucial en el proceso de socialización del niño, y están estrechamente vinculadas al ambiente afectivo de la familia, lo que a su vez puede tener repercusiones en la depresión infantil (Collazos Cifuentes y Jiménez, 2013). Winnicott (1963) por su parte, pone énfasis en el ambiente como determinante, un ambiente facilitador que permite que el niño desarrolle su potencial y promueva su progreso constante en los procesos de maduración (Winnicott, 1963a). La ausencia del ambiente facilitador adecuado produce fallas en el desarrollo de la personalidad y en la formación del self (Winnicott, 1959).

En este sentido, el infans, incapaz de expresarse mediante el lenguaje, es hablado por un otro, al entrar en ese vínculo deviene niño y ser humano, coincide con el proceso de subjetivación y de simbolización (Lewin y Santos Barreiro, 2019). Cuando ese encuentro no se realiza, cuando no hay un otro sostén amparador, o bien cuando al niño se le impone roles imposibles de cumplir o de sostener, ese diálogo se rompe y es ahí cuando el desamparo predomina y surgen los trastornos tales como la depresión infantil (Lewin y Santos Barreiro, 2019). Por ejemplo, el niño que ha sido colocado en lugar de un otro objeto perdido, como un bebé que ha fallecido que lo antecedió o un tío o abuelo, conlleva a considerar y relacionarse como muerto-vivo (Marcinavicius, 2006), esto es devastador emocionalmente para el infante. La adaptación del niño a las necesidades de sus padres puede afectar negativamente su propia expresión emocional. Esta reacción surge de un mandato de lealtad inconsciente, que resulta en la formación de una especie de coraza, la cual oculta vacíos emocionales profundos (Pintos, 2007).

Según Del Barrio y Carrasco (2013), un niño que se desarrolla en un entorno cálido, atento y comunicativo tiene menores posibilidades de sufrir depresión. Un ambiente emocional en el hogar positivo, donde las normas y límites son claros pero flexibles, y la educación de los padres resulta efectiva desde el punto de vista emocional, previene la aparición de los síntomas depresivos en niños. En cambio, cuando los métodos de crianza

se basan en un control estricto, una comunicación fría y distante, o hasta incluso la hostilidad, se crea un entorno propicio para el desarrollo de la depresión (Del Barrio y Carrasco, 2013).

No obstante, no sólo los hábitos de crianza influyen en el bienestar emocional del niño, también es crucial la calidad de la relación entre los padres. Cuando los niños presencian conflictos graves, decisiones intensas o son testigos de agresiones se sienten amenazados y desamparados, lo que genera una profunda inseguridad que favorece el surgimiento de síntomas depresivos (Lafay et al., 2003). En esto también coinciden investigadores como Romo et al., (2008), quienes sostienen que la exposición de los niños a actos de violencia, puede ser determinante en el desarrollo de síntomas negativos, e incluso llevar a la aparición de patologías asociadas a la depresión.

Tanto Lafay et al. (2003) como Janin (2002), coinciden en señalar que las familias que presentan conductas violentas suelen ser herméticas, caracterizadas por una falta de comunicación fluida con el exterior. Asensi (2007) también sostiene que los niños que crecen en entornos con padres violentos tienen una alta probabilidad de desarrollar trastornos por estrés, depresiones vinculadas a la desesperanza e incluso trastornos de la personalidad. "Ellos y ellas son candidatos al diagnóstico de toda la variedad de trastornos por estrés traumáticos, depresiones por desesperanza o de posibles trastornos de personalidad" (Asensi, 2007, párr. 10). Por supuesto que, la forma más grave de conflicto es el maltrato hacia el niño, que repercute de manera sumamente significativa en una respuesta depresiva en el mismo (Del Barrio y Carrasco, 2013). En este sentido, Janin (2002) considera que la violencia que los padres ejercen sobre su hijo está relacionada con aspectos propios, que rechazan de sí mismos y lo proyectan en el niño (Janin, 2002).

Por otro lado, una pérdida temporal o prolongada, como pueden ser el fallecimiento de uno o ambos cuidadores, un hermano o adulto cercano al niño, o incluso una breve hospitalización (pese a su carácter transitorio), pueden ser factores de riesgo para que el niño padezca síntomas depresivos. En el niño la desaparición de una figura de apego puede generar una sensación de desamparo y desprotección, estos eventos son más traumáticos cuanto más pequeña es la edad del niño y cuanto mayor sea el cambio en su entorno (Ajuriaguerra y Marcelli, 1986).

Del mismo modo, dentro del entorno familiar un factor de riesgo significativo es la depresión que a menudo padecen uno o ambos padres. Además, un duelo que atraviese alguno de ellos tendrá efectos sobre el niño, sobre todo en lo que respecta a la función materna. Este es el factor más investigado y en el que la mayoría de los investigadores coinciden en señalar como uno de los más frecuentes relacionados con la depresión infantil (Marcinavicius, 2006).

La depresión de los cuidadores se ha identificado como uno de los factores más influyentes en el desarrollo de la depresión infantil. Cabrera Pérez (1996) señala que los trastornos psicológicos en los cuidadores afectan significativamente las pautas de crianza y las relaciones entre padres e hijos. El niño al identificarse con un cuidador deprimido, internaliza sentimientos de desesperanza y desvalimiento (Marcinavicius, 2006). Esta dinámica problemática puede provocar una interacción poco saludable, caracterizada por la hostilidad, falta de comunicación, sobreprotección, castigo, rechazo y sentimientos negativos hacia el niño. La ausencia de un modelo positivo de cuidados genera repercusiones en el bienestar del infante, que lo exponen a riesgos que aumentan la posibilidad de desarrollar un trastorno del estado de ánimo, como lo es la depresión.

Según Ajuriaguerra y Marcelli (1986) estos casos pueden entenderse en primer lugar, no solo con la identificación del niño con el adulto deprimido; sino también con la percepción de que la madre es emocionalmente inaccesible, generando en el niño un sentimiento de impotencia y culpa por no poder consolarla. Winnicott (1948) coincide con este planteamiento, ya que para él la depresión infantil es una “represión culposa de la agresión”, estrechamente vinculada a la falta de sostén del entorno. Esta represión se refiere a un proceso emocional en el que el niño siente enojo o agresión, que al no poder manifestarlo abiertamente por no contar con un ambiente confiable y sostenible, lo reprime contribuyendo potencialmente a la depresión infantil. Además según este autor, de cierta manera el niño intenta reparar el estado emocional de sus padres, quienes sufren depresión y en esta dinámica de intento de reparación, surgen en el niño sentimientos de culpa por no lograr mitigar ese dolor que percibe en su padre o madre (Marcinavicius, 2006).

Un tratamiento oportuno y adecuado, trabajando con las familias en conjunto, permite abordar y reconocer gran parte de las problemáticas planteadas, evitando que se incrementen los síntomas y se agrave la situación (Bruno et al., 2019). El compromiso de

los padres en brindar un cuidado amoroso y atento a su hijo se manifiesta de manera constante en la investigación sobre factores protectores de la depresión infantil. La presencia de padres cálidos, consistentes y organizados, donde promueven un correcto andamiaje, la autonomía del niño, impulsa en el mismo un sentido de seguridad y optimismo, lo que a su vez potencia su capacidad de resiliencia ante las adversidades, así como la habilidad de generar interpretaciones positivas de su entorno (Del Barrio y Carrasco, 2013).

Además de la familia, la institución educativa también se considera un factor de protección en salud mental de los niños. En dicha institución se incorporan valores en un encuentro con otros. En el aula, el niño no sólo adquiere conocimientos, sino que también va construyendo sus propias creencias y pensamientos. La presencialidad en la institución educativa establece hábitos, costumbres y especialmente rituales. La comprensión simbólica de estos en el intercambio escolar, estructura la psiquis del niño. De este modo, los rituales fomentan comunidades y como resultado alivian al Yo de su carga. Esto sugiere que el niño se desarrollará en un entorno que favorece la reducción de sentimientos de tristeza y depresión. La institución debe concebirse como un espacio seguro y de encuentro, donde los niños necesitan contar con referentes, como los maestros, quienes juegan un rol fundamental al enseñar y habilitar el desarrollo de habilidades como la escucha activa y la expresión (Kempner, 2021).

Facilitar la otredad y reconocer al niño como individuo distinto es fundamental para su desarrollo, permite construir una imagen positiva de sí mismo y adquiere ideales que lo acompañen y lo posibiliten a una manera resiliente de actuar en situaciones de crisis (Bruno et al., 2019).

3.2. El Rol Materno.

Lacan (1957, citado en Collazos Cifuentes y Jiménez, 2013), sostiene que la madre es vista por el niño como objeto de amor, ya que esta es quien inicialmente satisface sus necesidades biológicas. Esta relación se basa en el par “presencia-ausencia” (Lacan, 1957) y es en este contexto donde el niño se configura como objeto de amor para la madre. Por consiguiente, el no sentirse amado, ser abandonado, o separado de la madre puede resultar profundamente dañino para el niño y por ende, ser uno de los principales factores de riesgo para la depresión infantil. Esta postura también es respaldada por Winnicott (1948), pediatra y psicoanalista británico, menciona que la depresión infantil está ligada al ambiente y sus

figuras principales. Sostiene que la figura principal es quien le ofrece al niño un entorno que facilite su exploración, sobre todo en sus primeros meses de vida (Winnicott, 1948). Cualquier fallo en este proceso de desarrollo tendrá consecuencias, conforme a la temprana aparición de dichas dificultades (Collazos Cifuentes y Jiménez, 2013).

Las primeras investigaciones sobre depresión infantil, ponían énfasis en la ruptura del apego o separación, sin embargo, este no es el único factor desencadenante sino también sus disfunciones. Además del impacto que produce en el niño la separación con su madre, las alteraciones más relevantes se originan en las dificultades que enfrenta esta última, especialmente cuando sufre ansiedad o depresión, que incide negativamente en el estado anímico del niño (Collazos Cifuentes y Jiménez, 2013).

Una madre que padece depresión, se encuentra atrapada en su estado emocional, lo que le impide brindar la atención adecuada a su hijo. Como resultado, se produce una reducción en la comunicación y la crianza, lo que aumenta la probabilidad de que el niño desarrolle depresión (Del Barrio y Roa, 2005). En consecuencia, inevitablemente reduce su nivel de actividad, lo que dificulta no solo el juego con el niño, sino también la interacción madre e hijo. El juego, es una vía regia tanto para la expresión del mundo interno del infante como también para fortalecer el vínculo con su madre (Marcinavicius, 2006). En definitiva, la depresión materna dificulta la formación de vínculos de apego saludables, lo que impacta negativamente en la vida emocional del niño.

Uno de los elementos claves que forma el apego en los primeros años de vida es la figura materna. La misma se entiende como "aquella persona hacia la cual el niño dirige de preferencia su conducta de apego" (Bowlby, 1976, p. 41). En ella se manifiesta lo que Winnicott (1956) denomina "preocupación maternal primaria", en la que experimenta un estado de regresión a sus propias etapas tempranas debido a determinantes fisiológicos y psicológicos, lo que le permite comprender e interpretar adecuadamente las necesidades de su bebé (Winnicott, 1956). Es importante aclarar que, aunque aquí se plantea el rol materno como punto de anclaje, no se puede desestimar el papel fundamental de la figura paterna (ya sea que esté o no presente en la vida del niño), y/o de otros cuidadores que brinden apoyo al infante (Flechner, 2013). "Lo materno es básico por ser el cimiento a partir del cual nos construimos, pero se irá constituyendo también a partir del padre o de cuidadores del

recién nacido que den sostén a las capacidades sin las cuales este no podría dotarse” (Flechner, 2013, p. 24).

3.3. Enfermedad Congénita: Cardiopatía.

Dado que la depresión infantil no tiene una única causa, es importante tener en cuenta que existen otras condiciones que pueden desencadenar la misma, más allá del entorno y el rol materno (Oteiza-Collante et al., 2023). Una de ellas son las enfermedades congénitas, las cuales pueden definirse como anomalías estructurales o funcionales que ocurren durante el desarrollo intrauterino (OMS, 2023c). Estas afecciones pueden ser detectadas en el período prenatal o en la infancia temprana, siendo los defectos cardíacos los trastornos graves más frecuentes (OMS, 2023c). Las cardiopatías congénitas (CC) se definen como cualquier anomalía estructural del corazón o de los grandes vasos que se produce en el desarrollo del embrión (Perich Durán, 2012).

El corazón actúa como bomba fisiológica encargada de impulsar la sangre hacia todos los tejidos del cuerpo, por lo que su disfunción afecta la oxigenación de los órganos (Hovels-Gurich et al., 2007). Por tal motivo, los niños con CC enfrentan desde edades tempranas el riesgo de sufrir lesiones en áreas del cerebro, ocasionando daños en regiones asociadas con el control ejecutivo, la atención y otras funciones psíquicas (Avella-García et al., 2013). En consecuencia, la mayoría de los niños con esta condición que no acceden a un tratamiento oportuno fallecen (Montalvo, 2011).

Las cardiopatías congénitas (CC) en la población infantil representan una crisis que impacta tanto en el estilo de vida como en la calidad de vida del niño y de su familia (Ramírez-Sibaja, 2013). Varios autores (Avella et al., 2013)(Ramírez-Sibaja, 2013) coinciden en que la afectación de la función cardíaca suele implicar la necesidad de tratamientos farmacológicos prolongados o incluso continuos, además de intervenciones dolorosas u hospitalizaciones recurrentes, siendo experiencias difíciles y desagradables para el niño. Asimismo, debido a su enfermedad, el niño se enfrenta a ciertas restricciones para participar en actividades físicas, asistir regularmente a la escuela, o mantener una interacción con sus pares (Avella et al., 2013). En este sentido, las CC son consideradas un detonante de diferentes reacciones emocionales, tales como la ansiedad y sobre todo la depresión infantil (Ramírez-Sibaja, 2013). Además, estudios han identificado que los niños que padecen de CC, presentan niveles más elevados de síntomas depresivos en comparación con niños que no la padecen (Miatton et al., 2007).

La enfermedad implica no solo una pérdida del bienestar físico, sino también psicológico, y en el caso de los niños la repercusión emocional es más significativa debido a su etapa de crecimiento (Ramírez-Sibaja, 2013). El corazón, al ser el órgano afectado, adquiere un significado simbólico que genera temor, especialmente el miedo a que “el corazón falle o deje de latir” (Ramírez-Sibaja, 2013, p. 262). Esto desencadenará una fuente constante de ansiedad, sin embargo, la forma en la que el niño interprete su enfermedad será clave para su adaptación, lo que resalta la importancia de comprender el significado que la misma tiene para él como factor de protección (Ramírez-Sibaja, 2013).

En esta misma línea, entre los factores protectores identificados para la depresión en niños que padecen cardiopatías congénitas, se encuentra una mayor resiliencia, la presencia de padres afectuosos y apoyo en la institución educativa (Avella et al., 2013). Además, para prevenir y reducir la depresión en niños con cardiopatía congénita es esencial crear programas de intervención, enfocados en autorregulación emocional, así como el fortalecimiento de las relaciones sociales, donde a su vez se brinde asistencia a los cuidadores (Moon et al., 2009).

4. Capítulo 4: Depresión y Suicidio Infantil.

4.1. Epidemiología: América Latina y Uruguay.

En los últimos años, se ha observado una notable prevalencia de la depresión a nivel mundial, acompañado por una reducción en la edad de inicio. Se estima que el 3,8% de la población global sufre de depresión, lo que resulta en más de 280 millones de personas en todo el mundo. Este trastorno, representa un grave problema de salud pública, no solo por la magnitud de la población afectada, sino también por las consecuencias en el ámbito social y familiar, así como por su influencia en la evolución de otras enfermedades (MSP, 2020).

En relación a la prevalencia de problemas mentales en niños uruguayos, la única investigación fue realizada por Viola, Garrido y Varela en el año 2008. Su objetivo fue describir el estado de la salud mental de los niños montevideanos, como punto de partida de una investigación epidemiológica a nivel nacional, realizada en 2006 por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, con el propósito de aportar recursos para el desarrollo de planes de salud mental infantil (Viola et al., 2008). El estudio concluyó que cerca de un 27% de los niños entre los 6 y los 11 años padecen problemas vinculados a la depresión, la ansiedad y

las quejas somáticas. Por lo tanto, es fundamental establecer planes de salud pública que prioricen la salud mental infantil, subrayando la importancia de una detección e intervención temprana, dado que se evidenció que los trastornos mentales en la infancia, suelen prolongarse hacia la adultez (Viola et al., 2008). Se hace hincapié en que la salud mental infantil requiere de una respuesta médica especializada, así como también una colaboración efectiva de entidades involucradas en la niñez, siendo esto esencial para el desarrollo integral y bienestar de los niños (Viola et al., 2008).

Subestimada en su impacto, subdiagnosticada y a menudo insuficientemente tratada, la depresión es un factor de riesgo significativo para el suicidio (MSP, 2024a). El suicidio a nivel mundial es un problema multicasual de salud pública que impacta en el desarrollo humano. Alrededor de 720,000 personas mueren por suicidio cada año y es considerada la tercer causa de muerte en jóvenes entre 15 a 29 años de edad (OMS, 2024).

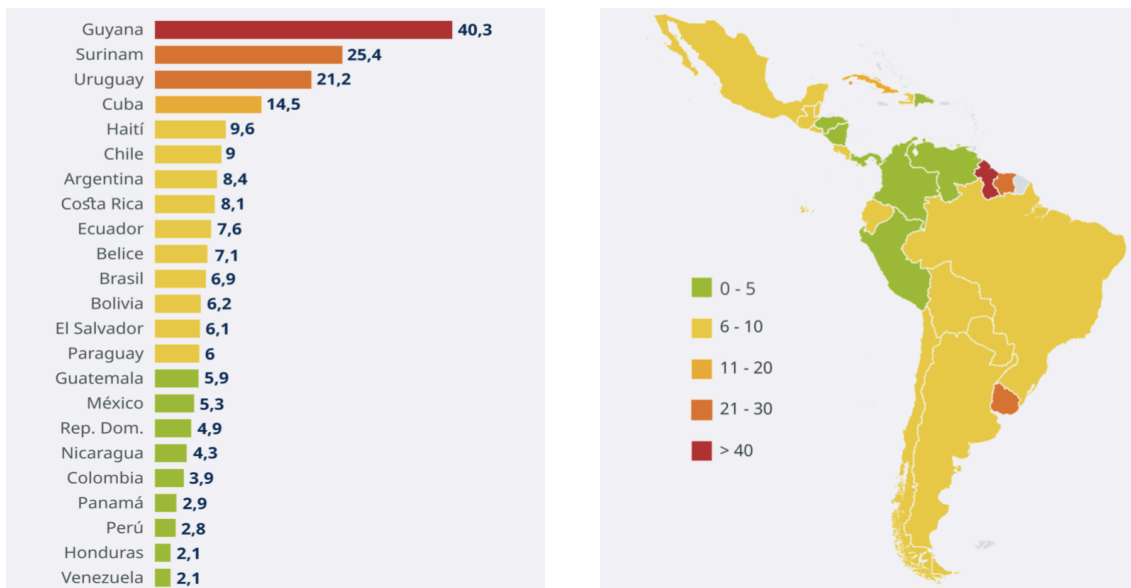
4.1.1. Tasas de mortalidad por suicidio en América Latina.

Las tasas de mortalidad por suicidio en América Latina ha mostrado una tendencia preocupante, desde el año 2000, esta es la única región donde la mortalidad por suicidio ha crecido. Según la Organización Panamericana de la Salud (2023), la tasa promedio en la región es de 9 casos por cada 100.000 habitantes. La obtención de datos confiables y actualizados en la región continúa representando un reto, la Organización Mundial de la Salud (2024) señala que la disponibilidad y la calidad de las estadísticas sobre el suicidio y los intentos de autoeliminación (IAE) a nivel mundial son insuficientes, sobre todo aquellos que tienen que ver con niños y adolescentes (OMS, 2024). Esto se debe, entre otros factores, a la sensibilidad del fenómeno (OMS, 2024). Simultáneamente, muchos suicidios han sido registrados por error como accidentes, lo que dificulta aún más la comprensión del problema, por tal razón, se presume que la incidencia real es significativamente mayor (OMS, 2024).

En Uruguay, en el año 2019 la tasa de suicidio alcanzó 21,2 por cada 100.000 habitantes, superada solo por dos países de la región, Guyana y Surinam.

Gráfico 1

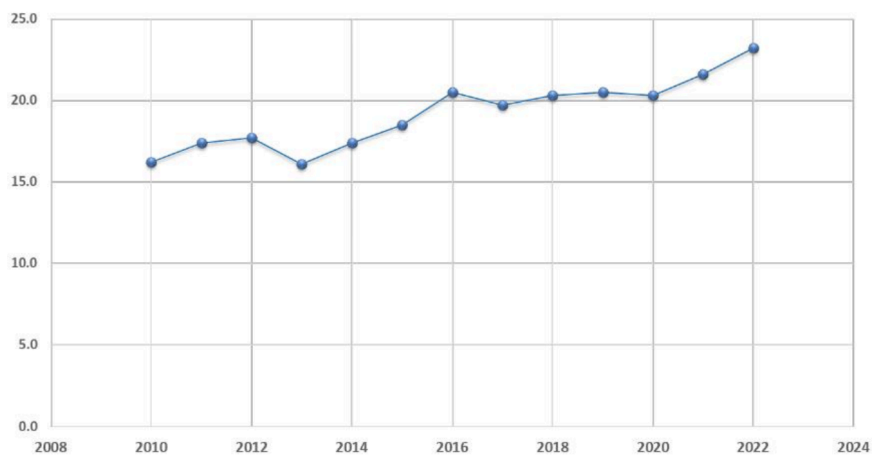
Número de suicidios por cada 100.000 habitantes en 2019.



Fuente: Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates / OMS.

4.1.2. Tasas de mortalidad por suicidio en Uruguay.

Gráfico 3



Nota: Este gráfico representa las tasas de mortalidad por Suicidio en Uruguay, período 2010-2022.

Fuente: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud Pública (2023).

Según los datos de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (2023), en Uruguay se observa una tendencia al aumento en la tasa de suicidios desde 2010 hasta la actualidad.

Tabla 1

Tasa de mortalidad por suicidio según grupo etario en Uruguay, 2022.

Grupos de edad	Nº de fallecidos	Tasa por 100.000
14 o menos	5	0.7
15-19	45	18.3
20-24	71	27.1
25-29	85	31.6
30-34	69	27.4
35-39	69	28.8
40-44	64	26.8
45-49	60	25.9
50-54	53	25.4
55-59	59	29.8
60-64	61	32.4
65-69	53	32.7
70-74	38	29.6
75-79	39	39.0
80-84	27	38.1
85-89	13	29.4
90 y más	12	42.8
Total	823	23.2

Fuente: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud Pública (2023).

En referencia a los casos de suicidios en la población infantil, aunque en las estadísticas no es la más elevada, es alarmante que durante una etapa tan crucial como la infancia, se manifiesten niños fallecidos por suicidio. Incluso un caso aislado debe ser visto como un motivo de preocupación especialmente al considerar no sólo los efectos que impactan en el niño sino también en su familia y entorno (García Peña y Villota Araujo, 2019). En el análisis de los datos de 2022, se indica que 5 menores de 14 años o menos han fallecido por suicidio, una tasa de 0,7 muertes por suicidio cada 100.000 habitantes (MSP, 2023).

4.2. Suicidio Infantil.

El suicidio infantil representa una problemática compleja, donde existe cierta resistencia en los adultos a su abordaje, tal como afirman Ajuriaguerra y Marcelli (1996, citado en García Peña y Villota Araujo, 2019), la idea de la inocencia total del niño convierte la muerte de éste en algo inadmisibles. En relación con esta idea, Picazo-Zappino (2014) coincide que el suicidio de una persona adulta puede generar confusión y desconcierto, pero este impacto tiende a ser más intenso cuando se trata del suicidio de un niño, dado

que la infancia suele asociarse con ideales de vitalidad y despreocupación, donde el suicidio no tiene lugar (Picazo-Zappino, 2014). Por consiguiente, se vuelve evidente la escasez de literatura sobre suicidio infantil, así como el abordaje e intervención para aquellos niños que presenten tanto ideación suicida como intento de suicidio (Palacios et al., 2007).

4.2.1. Ideación Suicida.

El desarrollo del suicidio puede entenderse como una secuencia de actos en los que se asume que el individuo busca dejar de sufrir y ve como única salida quitarse la vida (Miranda de la Torre et al., 2009). Según estos autores, el suicidio puede dividirse en varias fases: ideación suicida, planificación, intento y finalmente la consumación del suicidio (Miranda de la Torre et al., 2009). La ideación suicida constituye una fase crucial como indicador clave que puede anticipar la posibilidad de un suicidio consumado. La misma “se define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir” (Miranda de la Torre et al., 2009, p. 497).

Unos de los investigadores que han abordado el tema han sido Miranda de la Torre et al., (2009), quienes se enfocaron en examinar algunos de los factores psicológicos, asociados a la ideación suicida en niños entre los diez y trece años de edad. Los resultados de la investigación desarrollada por estos investigadores han demostrado que el grupo de niños con ideación suicida presentan niveles más bajos de autoestima, en comparación con el grupo de niños sin ideación. Asimismo, quienes no presentan ideación suicida tienden a tener una autoestima más alta (Mirando de la Torre et al., 2009). La autoestima de los niños se construye a partir de las valoraciones que reciben de los demás, especialmente de sus cuidadores. Según Del Barrio (1997), cuando los padres o los cuidadores no validan ni reconocen aspectos positivos, y refuerzan comentarios negativos sobre inseguridades, promueven una baja autoestima en el niño. Esta mirada es introyectada por el infante, quien eventualmente refuerza con autonomía esta visión sin necesidad de que otros lo expresen. “El niño cosificado, carente de seguridad, aturdido, no puede desarrollar su autoestima” (Cyrulnik, 2014, p. 35”).

Además en esta investigación se ha demostrado que los niños que tienen ideación suicida presentan niveles más elevados de depresión y de ansiedad. Los niños y niñas que presentan ansiedad, tienen más probabilidad de manifestar ideación suicida en

comparación con aquellos que no la presentan (Mirando de la Torre et al., 2009). Es importante destacar que es común que la depresión infantil coexista con otros trastornos tales como la ansiedad (Herrera Murcia, 2012). Del Barrio (1997) coincide en este planteamiento, ya que señala que la comorbilidad de la depresión infantil con otras patologías es significativa, especialmente en relación con problemas de conducta y la ansiedad. De acuerdo con diversos autores, la ansiedad es la patología más asociada con la depresión infantil, y suele manifestarse en la infancia y/o en la adolescencia, con la posibilidad de persistir en la edad adulta (OMS, 2023b). El miedo y la ansiedad son reacciones habituales durante la infancia, especialmente ante nuevos retos evolutivos. La mayoría de los niños logran gestionar estas emociones pero en ciertos casos, los síntomas persisten y se agravan, interfiriendo con el día a día del niño (Fernández y Villamarín, 2021).

La depresión se presenta como un factor de riesgo vinculado a las ideas suicidas, ya que entre los diversos síntomas, pueden manifestarse algunos de alto riesgo, tales como el intento de suicidio (Loubat et al., 2008). Mas allá de que en varios estudios se han identificado casos de niños con ideación suicida que no padecen depresión (Miranda de la Torre et al., 2009) y que no siempre debe vincularse el suicidio con la misma, especialmente en niños, es innegable que existe una relación entre ambos fenómenos (Polaino-Lorente, 1988). Es probable que un niño que padece depresión, en algún momento presente ideación suicida, aunque esto no necesariamente debe suceder en todos los casos. De manera similar, que un niño exprese tener ideas suicidas no implica que se encuentre deprimido o que tenga una alta probabilidad de desarrollar un episodio depresivo a futuro. De igual modo es innegable que la consecuencia más grave de la depresión infantil es el suicidio (Pinto y Álvarez, 2010).

4.2.2. *Intento de Suicidio.*

El intento de suicidio se conceptualiza como un acto o comportamiento llevado a cabo por una persona con la finalidad de atentar contra su propia vida, sin llegar a concretarlo (Palacios et al., 2010). Al profundizar en los limitados datos disponibles acerca de esta problemática en Uruguay, se encontró que en el Centro Hospitalario Pereira Rosell en el año 2015, más de 160 niños y adolescentes menores de 14 años de edad fueron atendidos en la Policlínica de Intento de Autoeliminación durante los años 2013 y 2014 (Gold, 2015). Esta información señala que en ese período anual, cada cinco días un niño acudía a ese nosocomio tras haber intentado quitarse la vida (Gold, 2015).

Para acabar con su vida, el niño explora su entorno en busca de medios que faciliten este acto: hacerse atropellar por un automóvil, asomarse a una ventana, entre otros. Muchos suicidios infantiles se ocultan tras comportamientos de la cotidianidad que los conducen a la muerte (Cyrulnik, 2014). Aunque los suicidios infantiles registrados son pocos, las conductas encubiertas y lo enmascarado en accidentes sugieren que su frecuencia es mayor, considerados como suicidios encubiertos. Accidentes, no como simples eventualidades, sino como manifestaciones concretas de conflictos subyacentes (Morais dos Santos y Batista de Melo, 2016). De este modo, la epidemiología de los suicidios entre las edades de 5 a 12 años es imprecisa. (Cyrulnik, 2014). En este sentido, es importante tener presente que cualquier comportamiento que implique que un niño se ponga en riesgo, y que demuestre un conocimiento adecuado del peligro que atraviesa, debe ser tomado en cuenta (Morais dos Santos y Batista de Melo, 2016).

Al respecto, hay diferentes planteos entre los autores, por ejemplo, de acuerdo a lo planteado por Ulloa (1993), las conductas suicidas en los niños son variables. Las mismas pueden interpretarse como un intento de escapar de una situación intolerable, así como una forma de atraer la atención en búsqueda de afecto, solicitar ayuda o incluso buscar un castigo (Ulloa, 1993). Por lo tanto, la conducta suicida en el niño proporciona información no solo sobre las características de la subjetividad del mismo, sino también de las incidencias de los diferentes agentes de socialización, que no siempre actúan como factores protectores.

Como se ha desarrollado, el entorno familiar, es el ambiente primero y principal que actúa como filtro, influyendo en cómo el niño se percibe a sí mismo y cómo percibe su mundo exterior. “Desafortunadamente, muchas veces estas relaciones pueden causar sufrimiento, ya que no debemos olvidar que la familia es un gran escenario en el que se experimentan intensamente emociones y vivencias que dejan huella” (Morais dos Santos y Batista de Melo, p. 572). Con respecto a los contextos violentos, el niño desprovisto de seguridad no tiene a nadie en quien confiar, se ve impulsado a sufrir depresión y a reprimir sus emociones. Cuando “el niño no puede contar con nadie, porque la amenaza de muerte proviene de sus padres, de quienes esperaba protección. Entonces, puede suicidarse sin desear morir, como quien salta por la ventana para evitar el incendio de su casa” (Cyrulnik, 2014, p.49).

En palabras de Cyrulnik (2014):

Un niño que se ahoga o una caída de la bicicleta no siempre son accidentes. Una crisis del entorno, superficial o momentánea, bastan para desencadenar una violencia autocentrada en un organismo que todavía es incapaz de dominarla (p.13).

En este sentido, experiencias marcadas por la violencia en sus diversas manifestaciones así como crisis en el entorno, generan vivencias traumáticas en el niño que deviene en un sufrimiento psíquico intolerable. El desafío, según Cyrulnik (2014), radica en el sentido y significado que se le asigna a los sucesos. Es en gran parte en la influencia del entorno lo que da sentido a las cosas y por ende “la connotación afectiva de lo real que se percibe” (p. 14). Las dificultades no conducen al suicidio cuando el entorno enseñan como enfrentar las circunstancias, otorgando significado al sufrimiento. “El arma más eficaz contra el suicidio consistiría, pues, en dar sentido a la existencia, pues ello cambia el modo de percibir lo real. (Cyrulnik, 2014, p. 14).

Por otra parte, se ha investigado el concepto de Trauma Acumulativo (Khan, 1980), que se refiere a la repetición de múltiples traumas que afectan el funcionamiento del yo en la infancia, que expone al niño a una situación de vulnerabilidad. Por ende, una baja nota en una tarea, perder una amistad, entre otras pequeñas frustraciones, pueden volverse abrumadoras e intolerables para el infante. Para el niño que carece de afecto, estas experiencias generan una profunda sensación de vacío, que darse de muerte se presenta como su única opción para mitigar el dolor emocional. De este modo, una opción para la reparación psicológica, pese a las experiencias tempranas disfuncionales, pueden ser las vivencias posteriores que fomenten las cualidades adaptativas del niño. Según García Peña y Villota Araujo (2019), “el trabajo psicológico con niños que expresan ideación, planes y comportamientos suicidas, debe dirigirse al fortalecimiento yoico, ofreciendo herramientas que promuevan la solidez y la disponibilidad psíquica, para promover la reparación psicológica” (p.196).

4.2.3. Mitos sobre Depresión y Suicidio.

En la actualidad, existen varias creencias falsas, conceptos erróneos y prejuicios en torno a la depresión y la conducta suicida. Es necesario difundirlos para que puedan ser erradicados y así abordar ambos fenómenos de la mejor forma posible.

Algunos de los más comunes son los siguientes:

Creencia errónea	Evidencia
Los niños no se deprimen.	La depresión puede afectar a todas las franjas etarias, incluyendo niños (Herrera Murcia, 2012).
La infancia es un período de la vida libre de problemas y preocupaciones.	Los niños experimentan estrés, ansiedad y problemas emocionales (Guerrero, 2000).
Los niños no tienen el concepto de qué es la muerte.	Alrededor de los ocho y nueve años los niños ya comienzan a reconocer la muerte como un suceso irreversible (Fleming-Holland 2008).
Los niños no se suicidan.	En el año 2022, 5 menos de 14 años se suicidaron en nuestro país (solo se citan los casos confirmados, probablemente la cantidad real es mucho mayor) (MSP, 2023).
Hablar del suicidio incita a realizarlo.	Brindar la oportunidad de hablar abiertamente puede ayudar a la persona a desahogarse y sentirse acompañada, lo cual disminuirá el riesgo suicida (ANEP, 2022).
Quien realmente se quiere suicidar, no lo cuenta o si expresa que quiere matarse no lo va a hacer.	Siempre hay que tomar con mucha seriedad toda manifestación de amenaza suicida. De cada 10 personas que se suicidan 9 manifestaron claramente sus intenciones (ANEP, 2022).
Los que intentan suicidarse no desean morir, sólo quieren llamar la atención.	Es un error considerarlos como un llamado de atención. Son personas que no encuentran alternativas, excepto intentar contra su vida (Pérez, 2005).
Para poder ayudar a una persona con ideas suicidas es necesario tener una preparación específica en salud mental.	Es importante el acercamiento empático, buena disposición, escucha atenta y manifestar deseos reales de ayudar. Todos podemos ayudar a prevenir (ANEP, 2022).

5. Reflexiones finales.

La presente monografía pone en evidencia que la depresión infantil es una problemática de creciente relevancia, que sigue siendo un campo complejo. Pese a su reconocimiento, el hecho de que continúe siendo subestimada o mal comprendida resalta la necesidad de seguir trabajando en su abordaje, y en generar información precisa, sobre todo en lo que respecta a su relación con el suicidio infantil.

La prevalencia creciente de la depresión infantil, siendo un factor de riesgo para el suicidio, subraya la urgencia de crear estrategias de intervención temprana. A pesar de que las tasas registradas de suicidios en niños son relativamente bajas en comparación con los adultos, la falta de datos precisos y la tendencia a enmascarar estos casos como accidentes, plantea un riesgo significativo, al no identificar a tiempo niños que están atravesando conductas suicidas. Los casos de suicidio infantil deben ser tratados como una señal de alarma en todos los ámbitos en general.

Este trabajo ha pretendido contribuir a la comprensión de la depresión infantil y al suicidio infantil, destacando la importancia de los factores de riesgo y protección, así como de herramientas diagnósticas y de evaluación que permitan identificar tempranamente estas problemáticas. Es relevante destacar el reto que representó la elaboración de esta monografía, dada la escasa producción bibliográfica sobre este tema, especialmente en el contexto uruguayo. Por tal motivo, se resalta la necesidad de políticas públicas que promuevan la recolección de datos consistentes y la implementación de intervenciones en salud mental que se adapten a la población infantil. La depresión infantil sigue siendo una condición subestimada en su impacto, lo cual es preocupante, por esta razón es fundamental que los profesionales de la salud estén adecuadamente capacitados y actualizados para reconocer y abordar esta patología de manera oportuna. Asimismo, se ha puesto de manifiesto que el entorno juega un papel fundamental en el desarrollo emocional del niño. Un ambiente de apoyo y comprensión es vital para la prevención de la depresión y el suicidio en la infancia.

Es fundamental también desmitificar las creencias erróneas sobre la depresión y el suicidio infantil, ya que el estigma, puede dificultar la búsqueda de ayuda y el tratamiento. La educación y la sensibilización son herramientas poderosas para fomentar un entorno en que el niño se sienta seguro y apoyado en la expresión de sus emociones. El abordaje de la

depresión infantil debe incluir un enfoque integral que considere no sólo al niño, sino también a su contexto familiar y social. Principalmente resaltar que se ha cumplido con el objetivo de este trabajo, el cual consistió en proporcionar información relevante de diversos autores sobre la depresión y el suicidio infantil. Este proceso implicó un aprendizaje significativo en todas las etapas de la elaboración de la monografía.

Para aquellos que necesiten apoyo, es importante recordar que existen recursos disponibles. **La Línea de Prevención del Suicidio: 0800 0767 o *0767**, y la **Línea de Apoyo Emocional** puede ser contactada al 0800 1920. Estas líneas telefónicas son atendidas por profesionales con experiencia y están disponibles las 24hs los 365 días del año (MSP, 2024a).

Todos podemos ser algún día actores de la prevención del suicidio (...) El amor, el afecto, los lazos familiares, la escucha de los adultos, pueden constituir protecciones eficaces y científicamente demostradas frente al suicidio (Cyrulnik, 2014, p. 7).

Referencias Bibliográficas

- Abraham, K. (1924). "Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales", en K. Abraham, Contribuciones a la teoría de la libido, (1º ed. pp. 115-225). Buenos Aires: Hormé, 1973.
- Ajuriaguerra, J. (1977). Manual de Psiquiatría Infantil (4ª ed.). Barcelona: Masson S.A.
- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1986). Psicopatología del niño (3ª ed.). Barcelona: Masson S.A.
- ANEP (2022). Guía de Promoción de Salud y Prevención de Conductas Suicidas. Orientaciones para las instituciones educativas.
- Arditi, S., Canelo, E., Pandolfi, M., Simari, C., Sztern, M., Sosa, M. E., & Cervone, N. (2005). Reflexiones e interrogantes que son puntos de partida de una investigación sobre depresión en niños. En XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Arévalo, C., Couso, M., Deberti, C., De los Santos, L., Dibarboure, M., García, R., Gutierrez, A., Muñoz, Y., Pezzani, G., Porras, I., Prieto, G., Rodriguez, N., Rossi, M., & Yañez, A. (2011). Temas de psicopatología. Semiología. Psicolibros.
- Asensi, L. (2007). Violencia de género: consecuencias en los hijos. Revista Psicología Científica, 9(4). <http://www.psicologiacientifica.com/violencia-familiar>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1980). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-3), 3a Ed. Arlington, VA.

- Avella-García, C. B., Saavedra Inostroza, C. A., Vacas, R., Herreros, O., & Gastaminza, X. (2013). Trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes con cardiopatía congénita. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, (4)
- Bowlby, J. (1976). *La separación afectiva*. Buenos aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bruno, Karina Teresa y Sosa, Sofia Irene (2019). *Depresiones en la infancia*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Cabrera Pérez, D. (1996). Epidemiología y depresión en la infancia. *Anthropologica: Revista de etnopsicología y etnopsiquiatría*, N°. 20, págs. 47-65.
- Caride de Mizes, M. & Rozzi de Constantino, G. (1982). *Técnicas gráficas en la evaluación de la personalidad. (Un enfoque clínico)*. Buenos Aires: Tekné.
- Caride de Mizes, R. (2009). *Aportes para la interpretación de las técnicas gráficas*. Recuperado de:
http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2009/Modulo_4_Caride.pdf?sequence=1
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia. En la práctica médico-pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Collazos Cifuentes, D., & Jiménez Urrego, A. (2013). *Depresión infantil: Caracterización teórica*. *GastrohNup*, 15(2).
<https://revistas.univalle.edu.co/index.php/gastrohup/article/view/1260>
- Cyrulnik, B. (2014). *Cuando un niño se da muerte*. Barcelona: Gedisa

- Dannemann, V. (2023, mayo 2). América Latina en alerta por aumento en tasas de suicidio. DW Latinoamérica.
<https://www.dw.com/es/am%C3%A9rica-latina-en-alerta-por-aumento-en-tasas-de-suicidio/a-65493663>
- Del Barrio, V. (1997). Depresión infantil. Barcelona: Ariel Practicum.
- Del Barrio, V. & Roa, M. (2005). Prácticas de crianza, personalidad materna y clase social. *Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*. Vol. 10, Nº 6.
- Del Barrio, V. & Carrasco, M. (2013). Depresión en niños y adolescentes. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Hermida, J.R. & Villamarín-Fernández, S. (Eds.) (2021) Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1. Consejo General de la Psicología de España
- Flechner, S. (2013). Violencia materna. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, (117), 19-32.
<https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201311702.pdf>
- Fleming-Holland Rutherford, A., (2008). Reflexiones sobre la Muerte: el Duelo Infantil y el Suicidio Juvenil. *Psicología Iberoamericana*, 16(1),8-14.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915922002>
- Freud, S. (1915). Duelo y Melancolía. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 14, pp. 235-255). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).
- García Peña, J. & Villota Araujo, D. (2019). Un camino a la reparación psicológica de los niños con ideaciones suicidas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (58), 180-201. <https://doi.org/10.35575/rvucn.n58a12>
- Gonzalez, C & Martínez-Cárdenas C. (2024). Factores de riesgo y perfiles del reintento suicida en niños menores de 12 años. 10.1016/j.anpedi.2024.07.014

- González-Forteza, C., Hermsillo de la Torre, A., Vacio-Muro, M., Peralta, R., & Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155.
<https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>
- Gold, N. (2015, junio 13). Pereira Rossell atiende un intento de suicidio infantil cada cinco días. *El Observador*. Disponible en:
<http://www.elobservador.com.uy/pereira-rossell-atiende-un-intento-suicidio-infantilcada-cinco-dias-n653633>
- Guerrero, P. (2000). La depresión también puede ser infantil. *Padres Y Maestros / Journal of Parents and Teachers*, (255), 9–11.
<https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/2455>
- Guillén, E. G., Montañó, M. J. G., Fernández, M. I. R., Gordillo, M. D. G., & Solanes, T. G. (2013). ¿Depresión o evolución?: revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia. *Dialnet*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4455712>
- Hammer, E. (1995). *Tests Proyectivos gráficos*. México: Paidós.
- Herrera Murcia, E., (2012). Elementos conceptuales y tendencias investigativas en la depresión infantil. *Encuentros*, 10(1), 153-160.
- Hervás, A. (2023). Autismo y depresión: presentación clínica, evaluación y tratamiento. *Medicina (Buenos Aires)*, 83(Supl. 2), 37-42.
https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802023000300037&lng=es&tlng=.
- Hovels-Gurich, N., Konrad, K., Skorzewski, D., et al. (2007). Attentional dysfunction in children after corrective cardiac surgery in infancy. *Annals of Thoracic Surgery*, 83(4), 1425–1430

- Janin, B. (2002) Las marcas de la violencia: los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva.” En Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. N° 33-34, 149-171.
- Khan, M. (1980). La intimidad del sí mismo. Madrid: Saltés
- Kempner, L. (2021, febrero 26). La escuela como factor de protección en la salud mental de los niños. El diario.
<https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2021/2/la-escuela-como-factor-de-proteccion-en-la-salud-mental-de-los-ninos/>
- Klein, M. (1944). La vida emocional y el desarrollo del yo del niño, con especial referencia a la posición depresiva. Psicoanálisis ApdeBA. Vol. 17 (3), 529- 584.
- Lacan, J. (1957) El seminario. Libro 4: La relación de objeto. Paidós. Buenos Aires.
- Lafay, N., Manzanera, C., Papet, N., Marcelli, D., & Senon, J. L. (2003). Les états dépressifs de la post-adolescence. Résultats d’une enquête menée chez 1521 étudiants de l’université de Poitiers. Annales Médico-Psychologiques, 161, 147-151.
- Lang, M., & Tisher, M. (1997) Cuestionario de depresión para niños. Madrid: TEA.
- Lang, M. & Tisher, M. (2014). CDS. Cuestionario de Depresión para Niños. Manual, 8.^a edición (Seisdedos, N., adaptador). Madrid: TEA Ediciones. (Obra original publicada en 1978).
- Lebovici, S. (1995). La psiquiatría del lactante y la patología de las interacciones precoces. En: Lebovici S; Weil-Halpern F. La Psicopatología del Bebé. México Siglo XXI Editores 197-201.
- Loubat O, Margarita, Aburto M, María Elena, & Vega A, Marcela. (2008). Aproximación a la Depresión Infantil por parte de Psicólogos que trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. Terapia psicológica, 26(2), 189-197.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200005>

- Lewin, M., & Santos Barreiro, D. (2019). Niños deprimidos. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, 25, 181-189.
- Machover, K. (1949). Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana. (Un método de investigación de la personalidad). La Habana: Cultural, S.A.
- Marcinavicius, M. (2006). La clínica de la depresión en niños en: *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Compilador: Sergio Rojtemberg. Polemos.
- Marcelli, D (2007). *Psicopatología del niño*. (7ª ed.). Barcelona: Masson S.A.
- Méndez, F. (2002). El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. España: Pirámide.
- Miatton, M., DeWolf, D., Francois, K., Thiery, E., & Vingerhoets, G. (2007). Intellectual, neuropsychological, and behavioral functioning in children with tetralogy of Fallot. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 133(2), 449–455.
- Ministerio de Salud Pública. (2020). Plan Nacional de Salud Mental 2020 - 2027.
- Ministerio de Salud Pública. (2023, julio 17). 17 de julio: día nacional para la prevención del suicidio. Salud mental; una prioridad para Uruguay.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/17-julio-dia-nacional-prevencion-suicidio>
- Ministerio de Salud Pública. (2024, enero 13a). Día mundial contra la depresión.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/dia-mundial-contra-depresion>
- Ministerio de Salud Pública. (2024, julio 17b). 17 de julio: Día Nacional de Prevención de Suicidio.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/17-julio-dia-nacional-prevencion-suicidio>

Miranda de la Torre, I., Cubillas, M. J., Roman-Perez, R., Avril, E. (2009) Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental* 32. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n6/v32n6a7.pdf>

Moneta, M., (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista chilena de pediatría*, 85(3), 265-268. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062014000300001>

Moon, J. R., Huh, H., Kang, H., et al. (2009). Factors influencing depression in adolescents with congenital heart disease. *Heart and Lung*, 38, 419-426. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.11.005>

Montalvo, A., Romero, E., & Flórez, I. (2011). Percepción de la calidad de vida de cuidadores de niños con cardiopatía congénita Cartagena, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(1), 9-18. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000100002&lng=en&tlng=es.

Morais dos Santos, R. & Batista de Melo, B. (2016). Tendencia suicida en niños accidentados. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 571-583. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0571.pdf>

Nissen, G. (1971). *Depressive syndrome im Kindes und Jugenalter*. Berlin, Springer Verlag.

Organización Mundial de la Salud. (2019/2021). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (11ª ed.). <https://icd.who.int/browse11>.

Organización Mundial de la Salud. (2023a). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2023b). Trastornos de ansiedad. www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders

Organización Mundial de la Salud. (2023c). Trastornos congénitos.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>

Organización Mundial de la Salud. (2024). Suicidio.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Tasa de mortalidad por suicidio. Reporte Fin de Bienio 2022-2023.

<https://pbdigital.paho.org/es/reporte-fin-de-bienio-2022-2023/impact-results/14-tasa-de-mortalidad-por-suicidio>

Oteíza-Collante, M., Méndez, I., Santamarina-Pérez, P., & Romero, S. (2023). Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento. *Pediatría Atención Primaria*, 25(97), 83-93. Epub 27 de febrero de 2024. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322023000100017&lng=es&tlng=es.

Palacios Delgado, J. R., Sánchez Torres, B., & Andrade Palos, P. (2010). Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 12(1), 53-75.

Palacios, X., Barrera, A., Ordóñez, M. & Peña, M. (2007). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. *Avances en psicología Latinoamericana*. 25 (2). 40-62.

Pérez Barrero, Sergio A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 386-394.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000300005&lng=en&tlng=es.

Perich Durán, R. M. (2012). Cardiopatías congénitas más frecuentes y seguimiento en Atención Primaria. *Pediatría Integral*, 16(8), 622-635.

- Picazo-Zappino, J. (2014). Suicide among children and adolescents: a review. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 42(3), 125–132.
<https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/511>
- Pintos, S. (2007). Depresión infantil y Psicoanálisis. Ponencia Oral presentada en el VIII Congreso Chileno de Psicoterapia. Viña del Mar, Chile.
- Pinto, B., & Álvarez, E. (2010). Terapia Breve y Depresión infantil (Estudio de Caso). *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 8(1), 87-106.
- Polaino-Lorente, A., Doménech, E., García, A., & Ezpeleta, L. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata
- Ramírez-Sibaja S. G. (2013). Síntomas de ansiedad y depresión en pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas. *Rev Esp Méd Quir*. 18:260-263.
- Rocher, K. (2016). *Casa Árbol Persona. Manual de Interpretación del test*. Argentina:Kaicron.
- Romo, N., Anguiano, B., Pulido, R., & Camacho, G. (2008). Rasgos de personalidad de niños con padres violentos. *Revista de Investigación en Psicología*, 11(1), 117-127.
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3882>
- Sabogal, L. (2004). Pruebas proyectivas: Acerca de su validez y confiabilidad. *Duazary: Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 1(2), 134-138.
- Spitz, R., (1972). *El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales*. Madrid: Aguilar.
- Viola, L., Garrido G., & Varela A. (2008). Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 72(1), 9-20.

Winnicott, D., (1948). Reparación con respecto a la organización antidepresiva de la madre. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona. Paidós.

Winnicott, D., (1956). Preocupación maternal primaria. En Escritos de pediatría y psicoanálisis, (pp. 397-404). Barcelona: Paidós, 1998.

Winnicott, D., (1959). La clasificación: ¿hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?. Trabajo leído en un encuentro científico de la British Psycho-Analytical Society.

Winnicott, D., (1963a). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. Conferencia pronunciada en la Atlanta Psychiatric Clinic.

Winnicott, D., (1963b). El valor de la depresión. Trabajo presentado en la Asamblea General de la Asociación de Trabajadores Sociales Psiquiátricos.