



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Una aproximación hacia la depresión en la infancia:
diagnóstico, técnicas de evaluación y tratamiento.

Trabajo Final de Grado
Monografía.

Estudiante: Verónica María Bentancurt Sosa.

C.I: 4.875.503-7

Tutor: Asist. Mag. Alfredo Parra.

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Conceptualizaciones sobre la depresión infantil.....	6
Teorías que tratan de dar cuenta de las causas.....	9
Factores de riesgo.....	12
Criterios diagnósticos de la depresión infantil: síntomas e indicadores....	16
Conductas e ideación suicida en la infancia.....	22
Prevención de la depresión infantil.....	25
Tratamientos y abordajes de la depresión infantil.....	26
Tratamiento psicológico.....	27
Psicoterapia del arte.....	29
Tratamiento farmacológico.....	31
Bibliografía.....	33

•Resumen

Enmarcado dentro de la licenciatura en Psicología de la Universidad de la República, la presente monografía pretende abordar una de las problemáticas de salud mental en la infancia: la depresión infantil. La revisión bibliográfica, tiene como objetivo desarrollar el concepto de depresión infantil y exponer las técnicas de diagnóstico y tratamiento más frecuentes.

El grupo familiar es el primer agente de socialización, influyendo de manera decisiva en el desarrollo de la estabilidad emocional de niños y niñas, constituyendo a su vez un elemento clave en la configuración de la depresión infantil (Del Barrio, 1988). Resulta de suma importancia que tanto el grupo familiar como los referentes escolares, y en definitiva la sociedad toda, logre tomar conocimiento del tema para poder identificar los síntomas junto con los factores de riesgo que componen la patología. Los episodios depresivos sufridos durante la infancia inciden posteriormente en la vida adulta. Investigaciones sobre este tema han identificado que un primer episodio de depresión temprana eleva el riesgo de episodios depresivos en edad adulta (Horowitz & Garber, 2006).

Por dichos motivos, se considera pertinente brindar información sobre dicha patología al público en general.

Luego de una exhaustiva búsqueda bibliográfica, se presentan diversos autores que abordan la temática desde distintas perspectivas, principalmente desde la teoría cognitiva y psicoanalítica.

2. Introducción

Según la OMS (2011) la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad de niños y niñas de entre 10 y 19 años. En Uruguay no se encuentran datos oficiales actualizados sobre los índices de depresión y el impacto de la misma desde un enfoque integrador.

Viola, Garrido & Varela (2008) en un estudio epidemiológico referido a la salud mental en niños y adolescentes del país, se expone la ausencia de datos sobre la prevalencia de las enfermedades mentales y por ende, se desconocen cuáles son las necesidades asistenciales en salud mental. Es importante que el tema sea expuesto con la urgencia que amerita, ya que el incremento es notorio.

Avanzando progresivamente en el tiempo y por la misma línea, la Organización Mundial de la Salud (2021) define años más tarde la depresión como un trastorno de salud mental común que afecta a más de 264 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que concurra con cansancio y falta de concentración. La depresión es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, e incide considerablemente en la carga de morbilidad. Los efectos de la depresión pueden ser prolongados o recurrentes, y pueden menoscabar extraordinariamente la capacidad de una persona para actuar y vivir una vida gratificante.

Debido a la prevalencia de la patología, resulta pertinente realizar un trabajo que intente dar cuenta sobre la temática en cuestión. Para ello es necesario profundizar en aspectos teóricos, clínicos, diagnósticos y en las repercusiones educativas de dicho trastorno.

Durante mucho tiempo se consideraba que la depresión en niños no existía y que era propia de la edad adulta; sin embargo, en los últimos 30 años, se comenzó a reconocer a la depresión como un padecimiento que también afecta a niños y adolescentes, por lo cual, ha adquirido gran importancia dentro del ambiente científico, y ha comenzado a atraer la atención del público en general. (Acosta, Mancilla, Correa, Saavedra, Ramos, Cruz, Duran, 2011).

Del Barrio (1997) indica que el estereotipo que un adulto no experto tiene en la cabeza sobre los niños es el de seres carentes de preocupaciones debido a que no poseen responsabilidades. Hace hincapié en destacar que el niño, por lo contrario, está lleno de preocupaciones, incluso más que un adulto, puesto que su desarrollo cognitivo no le permite encontrar explicaciones racionales a la mayor parte de las cosas que ocurren a su alrededor, lo cual conlleva un sentimiento de inseguridad.

La temática elegida, resulta de gran importancia debido a la gravedad que implica dicha patología respecto a la salud mental infantil, teniendo amplias repercusiones en el ámbito familiar, educativo y personal. También se suma el interés por abarcar los aspectos de una patología tan presente en nuestra sociedad y de la cual no hay demasiada producción teórica. El trastorno depresivo en los niños frecuentemente pasa inadvertido por la falta de información de padres y maestros ante este cuadro clínico. (De la Garza, 2007)

Además de exponer la importancia que tiene poder profundizar sobre la depresión para poder detectar signos y síntomas. Tanto los referentes, como educadores y demás adultos, deberíamos prestar vital importancia al estado emocional de los niños y niñas con el fin de poder detectar y prevenir posibles conductas que podrían estar indicando depresión, las cuales se desarrollarán a lo largo de la presente monografía. En resumen, es de suma relevancia que el público en general, cuente con mayor información y herramientas para la detección y abordaje de la depresión.

3. Conceptualizaciones sobre la depresión infantil

La depresión se define como un trastorno del ánimo, donde se presenta una alteración del humor asociada al malestar y discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad. Se identifica por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos un tiempo y que están presentes la mayor parte del día. (Bello y otros, 2005).

Es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión, y desesperanza profundos. La depresión patológica es una tristeza sin causa aparente que la evidencia y a su vez es grave y constante, presenta perturbaciones de sueño, bajo apetito, pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer. (Zarragoita, 2011).

La depresión es un trastorno afectivo que suelen manifestar los síntomas de diferentes maneras, pueden parecer tristes, desgraciados, llorosos, aburridos, aislados, apáticos, con dificultades sociales, poca autoestima, sentimientos de inutilidad, sensación de no ser queridos, preocupación por la salud o muerte, manifestaciones anómalas de la agresividad y problemas psicosomáticos como dolores de cabeza, quejas abdominales, dificultades en el sueño, entre otras (Lang y Tisher, 2003).

Si bien existen varias posturas sobre el enfoque psicoanalítico, no obstante, se la define como duelo y sufrimiento por la pérdida de algo real o imaginario, lo cual lo lleva a un estado de culpa, vergüenza u odio hacia uno mismo; también se menciona que la depresión puede ser por la fijación de una etapa de desarrollo psicosexual. (Campbell, s.f.).

Spitz (1946) introduce el término "depresión anaclítica" para designar un cuadro depresivo que se origina en los primeros meses de vida del niño por la separación prolongada de la madre y la consiguiente privación de cuidados emocionales y físicos que ello conlleva. Se conoce también como síndrome de hospitalismo, por ser el abandono del recién nacido a los cuidados de una institución la circunstancia prototípica en la que fue descrito. Se trata de un síndrome

reversible después de meses de reanudación del contacto. Por lo general, muestran una excesiva dependencia emocional.

Las perspectivas psicoanalíticas sobre la depresión que tienen un claro impacto en el estudio de la etapa infantil son las de Melanie Klein (1934). Klein fue la primera psicoanalista que introdujo el término de depresión, referido a la infancia. Propuso la teoría de la posición depresiva y definió dicha posición como la fase del desarrollo en la cual el bebe reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto. Este es un momento crucial del desarrollo infantil, ya que cuando el bebe reconoce a su madre, significa que ya la percibe como objeto total. El bebe deja de relacionarse con el pecho, manos, rostro como objetos diferenciados para pasar a concebirla como persona total. Reconocer a la madre como persona total significa también reconocerla como individuo con una vida propia. A medida que prosiguen estos procesos de integración, el bebe con mayor claridad que ama y odia a una misma persona (su madre). Se enfrenta entonces con los conflictos vinculados con su propia ambivalencia.

La expresión "posición depresiva" hace referencia a la experiencia infantil durante la integración del desarrollo, y en modo más general, a la experiencia en cualquier etapa de la vida de la culpa y la pena profunda relacionada con ataques de odio y con el estado dañado de objetos externos e internos. Con la progresiva elaboración de la posición depresiva cambia totalmente la relación con los objetos. El bebe adquiere la capacidad de amar y respetar a las personas como seres separados, diferenciados. (Klein, 1995)

De acuerdo a su postura, la posición depresiva desempeña un papel importante dentro del desarrollo de la vida emocional de todos los niños y niñas, siendo un fenómeno universal, que forma parte del desarrollo normal de cualquier individuo. Sitúa lo depresivo como un modo de funcionamiento mental, que es experimentado inicialmente alrededor de los seis meses y que retoma con intensidad mórbida en la depresión, su expresión psicopatológica. Introduce el término "posición depresiva" para referirse al sentimiento de culpa derivado por la ambivalencia afectiva de amor y odio existente hacía un mismo objeto, es decir, la madre. (Klein, 1995).

Por su parte y desde otro enfoque, Winnicott (1994) plantea que la depresión es adquirida bajo los parámetros normales y esperables del desarrollo emocional de niños y niñas, incluso señala que es necesario adquirir la capacidad de sentirse deprimido/a. Para Winnicott, la depresión se encuentra directamente vinculada con la capacidad de elaborar duelos y sentir culpa, señales

de un desarrollo saludable. Winnicott refiere al concepto de “deprivación” no solo para hacer referencia a la privación afectiva sufrida en la primera infancia, sino también, para explicar que hubo un tiempo inicial en el que el/la bebé tuvo cuidados satisfactorios, y, más tarde, en algún momento y durante un tiempo prolongado, fue privado de éstos .

Es importante señalar que el trastorno depresivo en los niños frecuentemente pasa inadvertido por la falta de información de padres y maestros ante este cuadro clínico. La idea errónea de que los niños viven en un mundo feliz, hace que los posibles síntomas depresivos sean interpretados como “él es flojo” “es tímido” o “es un llorón”, a pesar de que en la actualidad existen diversas investigaciones que confirman que la depresión es una enfermedad persistente en la niñez y adolescencia (De la Garza, 2007).

Según Santrock (2007) la depresión puede definirse como un trastorno del estado de ánimo en el que el individuo se siente infeliz, desmoralizado, aburrido y en el que se menosprecia así mismo. El individuo no se siente bien, pierde la energía con facilidad, a menudo no tiene apetito y se muestra apático y desmotivado.

Es importante que los padres estén atentos a que sus hijos construyan una adecuada autoestima y auto eficiencia, al igual que incentiven en ellos la capacidad de afrontamiento y el manejo adecuado de la frustración. (Winnicott, 1979)

Si bien en la actualidad la patología como tal adquiere especial relevancia por su prevalencia en la población, históricamente no ha sido asociada a la infancia, ya que como Arfouilloux (1986) expone en un apartado dentro de su libro titulado "Niños tristes", existe una falsa idea de que la etapa de la niñez se caracteriza por la felicidad y despreocupación. La tristeza, como la risa, es contagiosa; por eso cuesta trabajo soportarla en los demás. Del Barrio (2000) afirma que sería contradictorio relacionar al niño con la depresión; precisamente la risa, el bullicio y la alegría parecen absolutamente ligados al mundo de la infancia.

3.1 Teorías que tratan de dar cuenta de las causas

Según la teoría psicoanalítica, la depresión en los niños puede ser el reflejo de la depresión de alguno de los padres, con el vínculo confuso entre sujeto y objeto. Es decir, el niño o niña, puede reflejarse mediante la identificación, no solo como defensa sino como reacción primaria de supervivencia. (Green,1999)

Para Marcelli y Cohen (2007), cualquier niño puede atravesar durante el transcurso de su niñez diversas situaciones que lo enfrenten a un cambio drástico y repentino en su cotidianidad o a tener que elaborar una pérdida. Cambio de maestra, de escuela, o de turno dentro de la misma escuela, mudanzas, separaciones de los padres, nacimiento de un hermano, muerte de su mascota, fallecimiento de familiares. Dependiendo del niño, y cómo resuelva dichas circunstancias, se producirá o no en el mismo un episodio depresivo.

Siguiendo esta idea, Winnicott (1958) dirá: que el niño utiliza la depresión materna como un posible escape de su propia depresión. Teniendo en cuenta que dicho escape no le posibilitará generar su propio sentido de responsabilidad frente a sus impulsos amorosos y sus consecuencias, se verá atrapado en las defensas antidepresivas de la madre. Para el autor, la depresión del niño puede ser el reflejo de la depresión de la madre.

Por otra parte, según la teoría cognitiva planteada por el autor Aaron Beck (1975), citado por Santrock (2007), los niños y niñas se deprimen porque adquirieren en su desarrollo más temprano esquemas cognoscitivos de autoevaluación y falta de confianza, causando pensamientos dañinos las cuales amplifican sus experiencias negativas; por lo que es importante que el docente lleve un seguimiento y una buena evaluación para detectar cambios en el rendimiento escolar en los niños y niñas, debido a que algunas veces la depresión puede considerarse como causa y en otras ocasiones como efecto de esta situación, es decir, un niño al deprimirse puede descender su ejecución en la escuela, como también pueden empezar sus síntomas depresivos por un fracaso académico. En la teoría de Beck, los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información existentes en las estructuras cognitivas (esquemas).

En cuanto a las teorías conductistas de la depresión, se basan en el condicionamiento operante. La depresión es el producto de un bajo reforzamiento positivo. La depresión es el resultado de cambios en las recompensas y castigos que los niños y niñas reciben en sus vidas

y que la forma de ayudarlos es construyendo patrones más favorables de reforzamiento. La depresión es el resultado de cambios en las recompensas y castigos que la gente recibe en sus vidas y la forma de ayudarlos es construyendo patrones más favorables de reforzamiento (Bennet, 2003).

Lewinsohn (1974) tiene su origen en la psicología conductual y plantea que las personas deprimidas no reciben suficiente refuerzo positivo de los demás debido a que sus habilidades sociales son inadecuadas para las relaciones interpersonales. El refuerzo positivo es un recurso que se utiliza con el objetivo de premiar aquellas conductas o comportamientos para que se afiancen y consoliden. Se trata de proporcionar algún tipo de recompensa o reconocimiento para propiciar que se repita el comportamiento deseado por parte de un individuo. Este déficit en las relaciones sociales tiene como consecuencia la disminución de actividades placenteras lo que, a su vez, refuerza el estado depresivo.

La reducción del refuerzo positivo comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias conductuales, cognitivas e interpersonales.

Para Lewinsohn las teorías conductuales y cognitivas de la depresión proponen un modelo en el que se plantea que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones.

Seligman (1975) hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación existente entre su comportamiento y las consecuencias del mismo, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia se produciría lo que denominó "indefensión aprendida". Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma.

La teoría del desamparo aprendido de Seligman (1975) considera a la depresión como un desamparo aprendido, es decir, los niños se deprimen cuando se ven expuestos a experiencias negativas que no pueden controlar, tales como; dolor, estrés, tristeza, entre otros. Ellos se culpan a sí mismos de causar el evento negativo, lo que les provoca desamparo, desesperanza y depresión, debido a que se crean expectativas de que ningún acto controlará los resultados de eventos similares en el futuro.

Según la teoría de Beck (1973): la depresión infantil surge de dos tendencias cognoscitivas: 1) Los niños o niñas ponen atención a señales negativas del ambiente. 2) Los niños o niñas se identifican a sí mismos como la causa de los resultados negativos. Los niños o niñas se deprimen porque adquirieron en su desarrollo más temprano esquemas cognoscitivos de autoevaluación y falta de confianza. Estos niños se caracterizan por tener pensamientos dañinos los cuales amplifican sus experiencias negativas.

Por otro lado, la teoría del desarrollo de Bowlby (1969, 1989): considera que la falta de afecto en la crianza del niño o niña, un apego inseguro o la pérdida de uno de los padres durante la niñez causan el desarrollo de un esquema cognoscitivo negativo en el niño. Este esquema va a influir en la interpretación de las experiencias que viva el niño o niña posteriormente, las cuales si llegan a ser más pérdidas, el niño o niña podrá llegar a pensar que esto se debe a su incapacidad para producir relaciones positivas duraderas, lo cual va a causar en él depresión. Esta teoría también considera que los niños deprimidos se culpan a sí mismos más de lo debido.

3.2 Factores de riesgo

Anteriormente se ha mencionado la importancia que amerita identificar los factores de riesgo inherentes a la patología con el objetivo de prevenir la misma. De acuerdo a las múltiples consecuencias que genera respecto al malestar de los niños y niñas que la padecen, adquiere especial relevancia alertar sobre dichos factores.

Los factores de riesgo son condiciones, conductas, estilos de vida o situaciones que nos exponen a mayor riesgo de presentar una enfermedad.

La depresión infantil no se explica por un solo factor sino por la combinación de ellos, así autores como Rodríguez y Martínez (2001) indican que la presencia de factores estresantes en los distintos ambientes que rodean al niño/a ayuda al desarrollo de problemas emocionales (citado por Esparza y Rodríguez, 2009, p. 59).

Los primeros 3 años de vida son especialmente importantes ya que el cerebro está en formación y ocurre un masivo crecimiento, específicamente, en el hemisferio derecho están involucradas todas aquellas funciones vitales de apoyo y supervivencia, por ende, dará las condiciones para que el niño actúe pasiva o activamente ante el estrés. Así pues, aquellos niños que por antecedentes familiares padecen de una historia de desorganización en el apego, tienen una predisposición biológica que puede crear una vulnerabilidad para el desarrollo de enfermedades mentales como, por ejemplo, la depresión (De la Garza, 2007).

Dentro de las causas consideradas biológicas, la depresión se ha relacionado con una posible transmisión genética, ya que se ha encontrado que ésta es más frecuente en aquellos sujetos que tienen antecedentes familiares (Del Barrio, 1997). Por otra parte, padecer algún tipo de enfermedad grave y crónica aumenta la probabilidad de padecer depresión en la infancia (Méndez, 2011).

A partir de los 6 años los niños en esta etapa se desarrollan físicamente, cognitivamente, emocionalmente y socialmente mediante el contacto con otros niños, por lo tanto, los problemas relacionados a la interacción social se hacen cada vez más evidentes. Cuando el niño se relaciona con sus pares aprende a desenvolverse en la sociedad, comprende la manera de ajustar sus necesidades y deseos a los de los otros, como, por ejemplo, aprende a discriminar cuándo ceder o mantenerse firme. Sin embargo, el grupo de pares no siempre

proporciona efectos positivos, es usual que en compañía de sus pares desarrollen conductas delictivas o comiencen a consumir alcohol o drogas (Feldman et al., 2004).

El concepto de amistad en la niñez adquiere un valor indispensable ya que los niños con sus amigos aprenden a comunicarse y a cooperar, aprenden acerca de sí mismos y de los demás, por lo tanto, la amistad ayuda a los niños a sentirse bien consigo mismos. Sin embargo, se pueden presentar problemas en relación al proceso de socialización, cuando los niños sufren del rechazo de sus pares, esta situación puede tener efectos a largo plazo, por ejemplo, baja autoestima y desarrollo de síntomas depresivos en etapas posteriores (Feldman et al., 2004).

Otro problema de índole social típico en esta etapa del ciclo vital es la agresión o intimidación en donde la conducta es hostil y agresiva, ésta es llevada a cabo para lastimar a otra persona; los agresores usualmente tienden a ser impopulares y a tener problemas sociales y psicológicos. Las víctimas de la agresión relacional suelen tener malas relaciones con los pares, presentan síntomas depresivos o conductas antisociales (Feldman et al., 2004).

Una gran cantidad de profesionales de la salud mental consideran que la depresión no siempre se manifiesta de forma directa a través de sentimientos de tristeza o inhibición del pensamiento. Por el contrario, señalan casos en los que el cuadro depresivo se expresa mediante síntomas físicos, dejando las manifestaciones psíquicas en un segundo plano. A esta condición se le suele llamar depresión enmascarada, silenciosa, latente u oculta (Chávez, 2013).

En los años 60 surge el concepto de "depresión enmascarada". El niño/a podría padecer una depresión, pero se encontraría "enmascarada" y se haría visible mediante sintomatologías que muy poco tienen que ver con la depresión manifestada durante la adultez (Polaino Lorente, 1998).

Se conoce como depresión enmascarada o silenciosa, al estado depresivo en el que predomina la sintomatología somática por encima de las manifestaciones psicopatológicas. En este tipo de casos, los niños/as suelen presentar quejas de tipo físico como fatiga, dolores musculares, problemas gastrointestinales u oscilaciones en la tensión arterial. Dichos fenómenos no son el producto directo de una enfermedad médica y pueden ser acompañados por síntomas 'clásicos' de depresión, o bien, estos últimos estar ausentes. (Chávez, 2013).

En la depresión enmascarada, los sujetos afectados suelen acudir a médicos no psiquiatras para atender sus padecimientos físicos. Por ello, solo después de revisiones periódicas pueden ser categorizados como pacientes psiconeuróticos (Chavez, 2015).

Los niños que sufren de acoso infantil o bullying tienden a aislarse y a ensimismarse, presentan muchos miedos, en su mayoría tienen un temperamento débil y tímido, como también presentan mayor tendencia a la depresión y a sufrir de enfermedades (Oñederra, 2008).

La depresión infantil puede ser el resultado de una interacción entre factores individuales y factores ambientales. Existen diversos factores de riesgo en la infancia que corresponden al ámbito individual, familiar, social y ambiental. Tener una discapacidad intelectual leve o alguna condición física que los someta a burlas, predispone a sentimientos de soledad, minusvalía y puede configurar un trastorno emocional. Antecedente de abuso físico y sexual, maltrato psicológico son más de los factores expuestos por los autores. (Tochoy y Chaskel, 2016).

Los adolescentes deprimidos tienden a escoger amigos con sus mismos síntomas lo que incrementa la probabilidad de consolidar su conducta depresiva (Citado por Del Barrio, 2010). La gran mayoría de jóvenes que padecen depresión no reciben tratamiento para su primer episodio, lo cual aumenta la probabilidad de tener otro y de presentar mayor número de episodios en su vida. La mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno.

La OMS (2021) menciona el vínculo estrecho que existe entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular, la depresión y el consumo de alcohol). Resulta pertinente lograr identificar los diversos factores de riesgo oportunamente, ya que permite el diseño y la implementación de programas preventivos dirigidos al abordaje y fortalecimiento de recursos. Contar con dichos recursos, habilita a los niños y niñas a poder tener herramientas para afrontarlos de manera efectiva.

García (2005) expresa que generalmente los niños y niñas que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida importante o tienen desórdenes de atención del aprendizaje o de la conducta son los que tienen mayor riesgo de padecer depresión. Entre las causas y factores de riesgo desencadenantes de la depresión en niños y niñas se encuentran:

-Vivir la separación o la pérdida real o imaginaria de los padres o de personas significativas.

-Madres depresivas e historia de depresión familiar.

-Problemas prenatales.

-Abuso infantil.

-Déficit en habilidades de solución de problemas en habilidades sociales y predisposición hereditaria o enfermedad física con trastorno neuroquímico persistente.

-Dependencia de la figura de apego.

-Falta de confianza en sí mismo.

-Sentirse diferente a los pares.

-Carencia de relación parental.

-Pérdida temprana de familiares.

-Problemas del ámbito escolar.

3.3 Criterios diagnósticos de la depresión infantil: síntomas e indicadores

Si bien se mencionó la importancia y complejidad que requiere el diagnóstico de la depresión, en el presente apartado serán abordados aspectos que refieren a dicho diagnóstico.

El Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), define la depresión infantil como el sentimiento de tristeza intensa que puede producirse por un evento o cualquier otro acontecimiento, el cual desencadena este estado de ánimo deprimido, melancólico, cuya característica principal es la alteración del humor, esta también acompañada de las alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente en las mañanas, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte o suicidio. Tiene implicancias a nivel personal, familiar, escolar y social. (American Psychiatric Association, 2000).

La depresión infantil es un trastorno emocional caracterizado por vivencias subjetivas y conductas observables; en el aspecto subjetivo se destacan: sentimientos de tristeza y desgano, a nivel comportamental se evidencia: conductas de apatía, trastornos somáticos y cansancio que impide el disfrute de la vida y en casos graves el desempeño de tareas habituales más elementales, incluso el deseo de vivir, (Del Barrio, 2000).

Los límites de lo depresivo en el niño afectan directamente un área esencial de la infancia, como lo es la afectividad, esta última al verse alterada es integrada en el desarrollo cognitivo del niño, es percibida, interpretada, comprendida, concienciada y expresada de forma disfuncional. (Cantwell y Carlson, 1987).

Se define la depresión como un sentimiento patológico de tristeza el cual es caracterizado por la pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, también puede verse reflejada en el juego del niño en donde el mismo se presenta agresivo maltratando a sus compañeros y /o juguetes, mostrando también posibles indicadores de pérdida o abandono. (Ajuriaguerra, 1987, citado en Korbman, 2007).

El trastorno depresivo se caracteriza por una respuesta de larga duración y está asociado con el insomnio, la irritabilidad, los cambios en los hábitos alimentarios y los problemas en la escuela con los amigos. Siempre que una problemática no desaparezca, se debe considerar la posibilidad que el niño padezca un trastorno depresivo. La depresión infantil es entonces un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento a nivel escolar, familiar y social. Específicamente el trastorno depresivo en niños es más común de lo que parece, y por falta de información pasa por inadvertido (Cantwell y Carlson, 1987).

Glaser (1968) manifiesta que la depresión se encuentra enmascarada por un conjunto de síntomas que tienen muy poco en común con las características típicas de la depresión. La sintomatología según éste autor, se expresa por un lado mediante problemas conductuales y delincuencia, por otro, reacciones psicósomáticas y por último, reacciones psicofisiológicas. La depresión infantil se manifiesta mediante ciertos síntomas como la agresividad, la irritabilidad, el descenso en el rendimiento escolar. A menudo los síntomas anteriormente nombrados, se acompañan de quejas somáticas tales como dolor de cabeza y pérdida de apetito (Bakwin, 1972).

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), la depresión se presenta de diversas formas con grados y duración variable. Estos grados son: leve, moderado y severo, que se describen a continuación:

-Episodio leve: debe durar al menos dos semanas y ninguno de los síntomas debe estar en grado intenso. Tiene dificultad para llevar a cabo su actividad en el preescolar, familiar o social, aunque es probable que no las deje por completo. Presenta los siguientes síntomas:

1- Ánimo depresivo.

2- Pérdida del interés y la capacidad de disfrutar.

3- Aumento de fatiga. (CIE-10)

El episodio leve, se caracteriza por síntomas como tristeza, pierde el interés por las cosas y pierde la capacidad de disfrutar, aumento de agotamiento; el episodio moderado, presenta

dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales; y el episodio grave muestra angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa. (DSM-V, 2015).

-Episodio moderado: deben estar presente al menos 2 de los siguientes síntomas: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar o aumento de la fatigabilidad. Así como al menos 3 de estos síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones, trastornos del sueño o pérdida de apetito. Deben durar al menos 2 semanas. El niño o niña suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad en el preescolar, familiar y social. (CIE-10)

Aquí se puede encontrar retardo, agitación ideas de insuficiencia, experiencias de ineficiencia, así como otras ideas o planes concretos de suicidio. Este estado puede interferir con las actividades diarias del que la padece. (Carhuarupay, 2014).

-Episodio severo (sin síntomas psicóticos): el niño o niña suele presentar una considerable angustia o agitación. El riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. El paciente debe presentar 3 síntomas del Episodio Leve y Moderado, y por lo menos 4 de los demás síntomas; todos ellos en intensidad grave. No es probable que el niño o niña sea capaz de continuar su actividad en el preescolar, familiar o social más allá de un grado muy limitado. (CIE-10)

Existe un retardo o agitación muy marcada, ideas delirantes, planes o actos suicidas. El funcionamiento social trastornado o prácticamente suprimido, presenta marcada incapacidad funcional. (Carhuarupay, 2014).

Como ocurre con otros fenómenos psicopatológicos, el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar a otros trastornos psíquicos, como los trastornos de angustia; como síndrome agrupa a una serie de signos y síntomas caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital; y como enfermedad, desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno de origen biológico, en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico. La escasa precisión de los términos y conceptos obliga a que en

determinadas áreas (p. ej., estudios epidemiológicos) se distinguen tres grupos de estados afectivos claros: síntomas depresivos (presentes incluso en población normal), depresiones endógenas y depresiones psicógenas (Vallejo, 2002).

Según Del Barrio (1997) los síntomas de la depresión infantil pueden agruparse de la siguiente manera:

- Emocionales: tristeza, pérdida de disfrute, ausencia de interés, cambios bruscos de humor, falta de sentido del humor, desesperanza, irritabilidad, lloros excesivos y ausencia de interés por las cosas.

- Motores: inexpresividad, hiperactividad, letargo, enlentecimiento motor, hiperactividad.

- Cognitivos: falta de concentración, pérdida de memoria, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima, pensamientos morbosos, ideas suicidas, descenso del rendimiento.

- Sociales: aislamiento, soledad, retraimiento, incompetencia social.

- Conductuales: protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar.

- Psicomotoras: enuresis, pérdida de energía, sentimientos de fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios de sueño y de apetito.

Los síntomas que se describen anteriormente son aceptados por la mayoría de los psicólogos y psiquiatras, para demostrar así que el niño presenta un estado depresivo general. Se han propuesto diversas causas biológicas, cognoscitivas y ambientales que explican el por qué ocurre la depresión en la niñez, entre las teorías que se manejan actualmente acerca de esto, están:

Según Wicks-Nelson e Israel (2006) “por síntoma de depresión se entiende la experiencia de tristeza, la pérdida de interés o de placer, la falta de capacidad de respuesta y condiciones similares, que se utilizan para describir este estado de ánimo negativo.” (p.145). Mientras que

“el trastorno depresivo consiste en la presencia de síntomas de un estado de ánimo negativo que van acompañados de ciertos problemas somáticos, cognitivos y de conducta” (p.146).

Con todo esto se puede llegar a la conclusión de que el niño o niña que se encuentra en un estado depresivo puede ser que solo sea un síntoma, es decir, el niño o niña está pasando por un problema en el cual presenta rasgos de depresión en cierto momento. Mientras que si el niño o niña presenta los síntomas de forma persistente y se observa un deterioro social se puede deducir que sufre del trastorno de depresión, el cual se debe tratar a tiempo.

Realizando una breve mención de los criterios diagnósticos expuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) permitirá una aproximación a la patología. La depresión (5ª edición, American Psychiatric Association, 2013) se caracteriza por: cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo. Los síntomas pueden ser: disminución importante del interés o el placer, insomnio, pérdida de peso, agitación o retraso psicomotor casi todos los días, fatiga, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse. Generalmente, al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Según F. Palacio y R. Dufour (1995) existen 4 criterios clínicos esenciales para el diagnóstico de la depresión en el niño/a, en los cuales, es importante apreciar la duración de los mismos;

- 1) Problemas manifiesto y duradero en el tiempo del estado de humor, ya sea en forma de tristeza o de exaltación del humor.
- 2) Inhibiciones (en el aspecto psicomotor, mental, afectivo, lúdico, intelectual, escolar, etc.)
- 3) Manifestaciones persistentes negativas sobre sí mismo o, a la inversa, exaltadas.
- 4) Vivencias de pérdida con sentimientos de soledad, de abandono, de rechazo y de exclusión; ideas con miedo a la enfermedad o a la muerte de los seres queridos o, a la inversa.

En cuanto a la duración de los síntomas no existe unanimidad entre ellos, debido a que estos pueden llegar a durar desde una semana o a un mes como mínimo. La diversa sintomatología de la depresión antes comentada, varía según las etapas del desarrollo en el niño y se manifiesta de diversas formas, por ejemplo, en la infancia temprana el lactante puede desarrollar una reacción depresiva aguda que consta de tres fases: protesta, desesperación y desapego; en la primera fase el niño llora y grita por su madre, se angustia y se aferra a ella cuando regresa, esta etapa es seguida por la desesperanza en la que el niño tiende a encerrarse en sí mismo y se le observa infeliz, apareciendo problemas en el comer, dormir, chupeteo de los dedos y movimientos rítmicos; por último, la fase de desapego, en donde el niño pareciera no tener interés en sus padres, los ignora o evita, posteriormente puede mostrarse demandante, agresivo y negarse a la separación (Sauceda, s.f).

3.4 Conductas e ideación suicida en la infancia

La Organización Mundial de la Salud hace referencia a la estrecha relación existente entre suicidio y trastornos del humor, especialmente la depresión. (OMS,2000).

La OMS (2021) define el suicidio como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal. A este respecto, la OMS señala al suicidio como un problema multifactorial, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. No obstante, apunta que la prevención y el tratamiento adecuado de la depresión, abuso de alcohol y otras sustancias, así como de quienes han intentado suicidarse, permite la reducción de las tasas de suicidio. El suicidio es la segunda causa de muerte en la población mundial de 10 a 24 años de edad.

El intento suicida es cualquier acción mediante la cual el individuo se autolesiona, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su pretensión. Tanto ese impulso como el suicidio son las 2 formas más representativas de la conducta suicida, que van desde la idea suicida hasta el suicidio propiamente dicho; este último deviene un fenómeno bastante controvertido, que a pesar de su carácter individual, es considerado como un grave problema de salud en casi todas partes del mundo, pues se calcula que por cada muerte atribuible a esa extrema autoagresión, se producen 10 tentativas, con predominio en adolescentes y jóvenes (Hernández, T y González, E, 2013).

La infancia y adolescencia es una etapa de la vida de baja morbi-mortalidad, pero entre las causas más importantes que afectan la salud de este grupo etario se encuentran los comportamientos suicidas. Los comportamientos suicidas son actos complejos que responden a la interacción de factores psicopatológicos, familiares y sociales. Entre los factores psicopatológicos, la depresión y los trastornos de conducta, son los más prevalentes (Bella, 2012).

El suicidio infantil es una problemática contemporánea de prevalencia que amerita ser abordada desde los aportes de la psicología, ya que, aunque socialmente sigue siendo un tabú, las estadísticas en el ámbito nacional e internacional evidencian aumento de los casos de suicidio en la población pediátrica. Por esto es necesario hablar acerca del suicidio en niños, lo cual motiva este estudio, en búsqueda de obtener claridades sobre este tema, para identificar y

proponer estrategias de prevención ante la muerte voluntaria en infantes (García, J y Villota, D, 2019).

El suicidio se relaciona con la mayoría de los trastornos mentales graves y, en el caso de la depresión, el riesgo es 21 veces superior a la población general. Por lo tanto, el abordaje de la depresión tiene que ser multidisciplinar para que se pueda afrontar con todos los recursos necesarios, teniendo en cuenta que es un problema crónico de salud. (Gil, 2020).

Para Ulloa (1993) la depresión es la causa más común de suicidio. Entre los factores precipitantes de conducta suicida en niños se describen los problemas de rendimiento y conducta escolares, las discusiones con familiares o amigos, los desengaños amorosos, el abuso físico o sexual. El significado de la conducta suicida en los niños es variable, puede representar una forma de evitar o huir de una situación desagradable o intolerable, un intento de atraer la atención, obtener cariño, pedir ayuda o castigo. Este tipo de conductas se ve en niños con síntomas de depresión, rasgos de inmadurez, labilidad afectiva e impulsividad.

El suicidio y las autolesiones son frecuentes en personas que sufren depresión. Las cifras muestran que cada cuatro días un adolescente o joven se quita la vida en el país. Uno de cada diez tiene entre 10 y 14 años (Horowitz & Garber citado en Cajigas-Segredo, Kahan, Luzardo & Ugo, 2010).

En Uruguay los suicidios son la segunda causa de muerte en jóvenes entre los 10 y 15 años de edad y la primera causa entre los 15 y 19 años. (Vazquez, M. Giachetto, G. Martinez, A. Viola, L, 2012). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), cada año, cerca de 703.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Por cada suicidio consumado hay muchas tentativas de suicidio. Más del 77% de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos. La prevalencia de esta enfermedad es dos veces mayor en las mujeres y afecta cada vez más a los jóvenes.

Con respecto a la prevalencia en mujeres, los intentos suicidas son considerados como una conducta femenina, porque implican desaliento, indecisión y algunas veces la expectativa de ser rescatada, lo cual explica hasta cierto punto el predominio de las muchachas en esta serie. Los hombres, sin embargo, aunque tengan sentimientos depresivos y desesperados, pueden

estar dispuestos a admitir sus pensamientos suicidas, porque perciben estos como un signo de debilidad (Hernández T y González E, 2013).

El suicidio de un niño/a impacta de forma directa en su entorno inmediato, generando como consecuencia una apertura para que la sociedad pueda cuestionarse, ya que la misma cumple un rol de protección y garante de la vida y el bienestar de sus infantes. Aunque el suicidio, parezca un acto individual y egoísta, está siempre enmarcado en un contexto social (Durkheim, 1998).

La depresión conlleva a tener una visión distorsionada del mundo, pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre-generalización, excesiva autocrítica, baja tolerancia a la frustración y baja autoestima, todas estas situaciones conllevan a que los jóvenes sean más vulnerables para generar pensamientos y conductas suicidas (Cañón, 2011).

Las descripciones de un mayor riesgo de suicidio en pacientes con depresión se confirman con hallazgos en los cuales, las tasas de incidencia de suicidio fueron mayores en pacientes que cursaban episodios depresivos o estaban en remisión parcial, que en aquellos con remisión completa. Por esta razón, la evaluación del riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de depresión, es fundamental para su prevención (Vásquez y Quijano, 2013).

Factores psicológicos como la presencia de desórdenes afectivos, principalmente la depresión, son determinantes en las conductas suicidas, mortales y no mortales en niños (Palacios y Espinosa et al., 2007).

3.5 Prevención de la depresión infantil

Poder identificar y trabajar sobre los factores de riesgo expuestos con anterioridad, hace posible evitar la evolución de dichos factores hacia futuros y posibles trastornos psiquiátricos, evitando con ello las serias consecuencias psicosociales derivadas de éstos.

Amaya (2008) genera una propuesta de programa-guía para el desarrollo de competencias emocionales y parentales desde una perspectiva comunitaria y preventiva, en la que resalta la importancia de orientar a los padres y madres en el desarrollo de estrategias cognitivas y de relajación que les permita controlar sus emociones de manera positiva en momentos de cierta tensión emocional. Asimismo, resulta necesario trabajar con los padres y madres las habilidades de comunicación con los hijos, los procesos de resolución de conflictos y de negociación, las estrategias para establecer límites y regulación del comportamiento en los hijos, y las habilidades para fomentar la autoestima y la asertividad de los padres y madres en el desarrollo de la función parental.

Socialmente se le da mucha importancia al desempeño académico escolar, el bajo rendimiento e incumplimiento de deberes muchas veces es sólo la punta de un problema psicológico mucho más grave. ¿Qué quieren decir los estudiantes con sus notas bajas?, existe un padecimiento escondido detrás de una mala calificación. Dentro de la prevención sería provechoso dar charlas a los padres o referentes sobre la importancia de los deberes, recomendarles no descuidarlos pero tampoco sobrevalorarlos, hablar de la importancia y el lugar del aprendizaje formal en sus vidas y las de sus hijos e hijas (Bismarck, P y Alvarez, E, 2010).

Fortalecer la motivación para involucrarse en los programas escolares es importante para poder tratar la implicación de los niños y niñas en el curso, consiguiendo de esta forma, no solo su aceptación pasiva, sino también un compromiso activo. Los beneficios del optimismo son numerosos, se asocia a índices más bajos de enfermedad, de depresión y de suicidio, y a niveles más elevados de rendimiento académico y deportivo, adaptación profesional y calidad de vida familiar. Las personas optimistas poseen una predisposición generalizada para generar expectativas de resultados positivos, de forma que esperan que las cosas salgan bien aunque pasen por momentos difíciles (Sánchez, O. y Méndez, F. 2009).

4. Tratamientos y abordajes de la depresión infantil

Una vez culminado el proceso diagnóstico resulta pertinente considerar los abordajes posibles y adecuados para cada niño o niña. A continuación, se presentarán algunos de los tratamientos más recurrentes y desde distintas perspectivas.

El tratamiento en cuadros depresivos debe tener como objetivos disminuir el impacto de los síntomas en el funcionamiento del niño, reducir el riesgo de aparición de comorbilidad y recaídas, así como también acortar la duración del episodio. (Carballo et al, 2010).

Técnicas con valor demostrado son entre otras, la terapia cognitivo-conductual, siendo ésta la psicoterapia de elección. El tratamiento farmacológico es el pilar fundamental del tratamiento. El abandono del tratamiento farmacológico es uno de los factores implicados en el fracaso terapéutico y en la elevada tasa de recaídas y recurrencias que se observan en el enfermo depresivo en general. (Méndez y otros, 2002).

Trabajar con niños implica características particulares que se acoplan a la etapa del desarrollo cognoscitivo, emocional y social en la que éste se encuentre. Una característica fundamental del trabajo con niños es la falta relativa del desarrollo verbal, aspecto que limita la experiencia terapéutica debido a la dificultad que presentan al no poder expresar a través de la palabra sus sentimientos y preocupaciones; es por esto que el uso de materiales concretos del juego hacen que el niño se sienta más seguro, ya que puede manipular y controlar esos objetos tangibles con mayor seguridad que las abstracciones de las palabras, por ende, el juego se convierte en un medio de expresión. El niño posee una vida de fantasía más cerca de la superficie y utiliza los juguetes o juegos para exteriorizar sus fantasías internas y expresar sus conflictos, es por esta razón, que la técnica del dibujo y el juego proporcionan una oportunidad al niño para que formule sus sentimientos y problemas (Clarizio y Mc Coy, 1981).

4.1. Tratamiento Psicológico

La psicoterapia se puede considerar como un intercambio planificado que posee una carga tanto emocional como de confianza, entre el profesional calificado y una persona que padece de algún sufrimiento (Frank, 1982). Desde un enfoque conductual, es un tratamiento que consiste en la resolución de problemas de carácter emocional, en donde la persona calificada establece una relación profesional con el paciente con el objetivo de eliminar, modificar o retardar los síntomas existentes, para así cambiar patrones conductuales que están imposibilitando o alterando el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad (Centro de Integración Juvenil A.C, s.f.).

Los principios básicos de la psicoterapia en niños no son esencialmente diferentes de los de la psicoterapia para adultos, pero la falta de madurez y la posición de dependencia del niño requieren ciertas modificaciones del enfoque y aplicación de dichos principios terapéuticos (Clarizio y Mc Coy, 1981). La psicoterapia en niños es la relación profesional en la que el psicólogo ayuda al niño a verbalizar y simbolizar las motivaciones que se encuentran debajo de la superficie de sus síntomas; la idea principal radica en permitir que el niño exprese sus inquietudes conscientes, preconscientes e inconscientes para evitar que estos se conviertan en síntomas, facilitando por medio del trabajo terapéutico que toda conflictiva inconsciente se vuelva consciente. (Benveniste, 2000).

La terapia cognitivo - conductual (TCC) se ha transformado en una de las estrategias por excelencia de tipo no farmacológico para el tratamiento de la depresión. La Terapia Cognitiva-Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas o en este caso la depresión. Los objetivos primordiales de la TCC en la depresión son: disminuir el pensamiento disfuncional, incrementar las habilidades de autocontrol, optimizar la capacidad de resolución de problemas y por último, mejorar las tasas de reforzamiento positivo y aumentar las habilidades sociales/ interpersonales. En la actualidad la TCC es un modelo que aborda este trastorno con una mirada holística, y biopsicosocial. Se enfoca en reactivar al individuo y en procurar las herramientas para que pueda empezar a ver su vida desde otro punto de vista. El terapeuta TCC no hace el trabajo del paciente, él no le dice que es bueno o malo, incorrecto

o no, más bien, impulsa al individuo a que el mismo, a través de experimentos en la vida diaria, compruebe si su situación es tan catastrófica como él piensa (Puerta Polo, J. V., & Padilla Díaz, D. E. 2011).

Los tratamientos derivados de perspectivas y tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales que abordan los aspectos interpersonales y familiares de la depresión en el niño y el adolescente son muy prometedores. Estas terapias pretenden enseñar al niño o niña con auto observación dirigida, a que este preste más atención a los acontecimientos favorables, que se autoevalúe sin ser tan perfeccionista y sin exigirse metas imposibles de lograr. Con esto se consigue que éste se sienta más confiado y tenga rendimiento más realista (Wicks-Nelson e Israel, 2006).

A la fecha se dispone de varias terapias psicológicas para la depresión infanto-juvenil, aunque la más extendida es la terapia cognitivo-conductual. Puesto que la depresión es un trastorno complejo que requiere soluciones complejas, investigadores y terapeutas coinciden en recomendar que los programas incluyan un amplio conjunto de objetivos terapéuticos, como sustituir los pensamientos automáticos, los errores lógicos, por formas de pensar más positivas y mejor adaptadas, combatir la pasividad mediante el incremento gradual de actividad, reducir estados emocionales negativos de tristeza, ira o ansiedad, mejorar la autoestima, fortalecer las relaciones sociales, etc (Méndez y otros, 2002).

La terapia cognitivo-conductual obtuvo una respuesta al tratamiento más rápida de los pacientes, una respuesta clínica mayor y una tasa de recuperación más alta. Si la depresión ya se ha manifestado, la terapia cognitivo conductual sería el tratamiento de primera elección, dado que es la única modalidad de psicoterapia sobre la cual existen datos sólidos de eficacia en niños que no llegan a la pubertad. La terapia interpersonal y la terapia cognitiva conductual consiguen mejorar la depresión, esto se debió a que la terapia reúne los criterios de un tratamiento bien establecido. Los tratamientos intensivos y breves demostraron ser más eficientes. Las terapias de duración limitada poseen ventajas como la reducción de costos o la planificación del trabajo de los profesionales, aspectos de suma importancia para los servicios públicos de salud mental. (Pérez, M., & García, J. 2001).

La terapia cognitivo-conductual se fundamenta en la modificación, mediante la combinación sistemática de técnicas cognitivas y conductuales, de ciertas conductas disfuncionales,

pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas, que estarían relacionadas con la génesis de la sintomatología depresiva (Manzanero y Cabasés, 2012).

La terapia cognitivo-conductual, constituye la alternativa más rentable, ya que, existe evidencia clara y contundente sobre la buena relación coste-beneficio de la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales para los problemas de depresión en niños y niñas. La aplicación de este tipo de tratamientos en niños/as y adolescentes constituye hoy en día una de las principales carencias de los sistemas sanitarios públicos, enmarcados en una línea de actuación en la que predomina exclusivamente el tratamiento farmacológico de los trastornos mentales y su abordaje principalmente en la etapa adulta (Khan, Parsonage y Stubbs, 2015).

4.2. Psicoterapia del arte

La American Art Therapy Association (2003), define este tipo de psicoterapia como una profesión de la salud mental que utiliza el arte como proceso creativo, para improvisar y realzar elementos psíquicos, mentales y emocionales que están presentes en los individuos. Igualmente, la Psicoterapia del Arte busca a través del trabajo terapéutico un espacio de libertad en donde el sujeto pueda lograr la expresión de sus límites y capacidades, sus bloqueos, sus procesos problemáticos y su compulsión a la repetición, con la finalidad de que la persona se conozca, fortalezca su autoestima, trabaje los síntomas y experiencias traumáticas, desarrolle sus recursos propios, y comience a reacomodar y a equilibrar su estructura psíquica (López y Martínez, 2006).

Es importante resaltar que la Psicoterapia del Arte abarca un amplio espectro de aplicaciones, en el área de la rehabilitación, en el área educativa y en el área de la salud mental, además, existen diversas corrientes y métodos de trabajos. Las dos corrientes más importantes son: la primera enfocada al lado psicoterapéutico iniciada por la pionera y psicoanalista Margaret Naumburg (1947), la cual concibe la expresión plástica como un complemento al lenguaje verbal, y la segunda corriente creada por la psicoanalista Edith Kramer (1974) enfocada hacia el lado artístico, en donde el proceso creador y las cualidades curativas del arte proporcionan la oportunidad de expresar y elaborar los conflictos emocionales del paciente (Covarrubias, 2006).

Teniendo en cuenta las diversas corrientes, independientemente de cuál sea la aproximación de los arte terapeutas, la dirección de la cura del paciente va dirigida a principios similares los cuales según Ángel (s.f.) (citado en Martini y Pineau, 2010) son:

- Fortalecer el descubrimiento propio.
- Ayudar al fortalecimiento de la confianza en sí mismo.
- Estimular la participación y estimulación de los grupos.
- Ayudar a proyectar el contenido inconsciente.
- Afianzar la estabilidad emocional.
- Contribuir a la integración de la personalidad. (p. 43).

Las herramientas inherentes de la Psicoterapia del Arte que provee al niño son, la libertad de poder expresar lo que desee, la flexibilidad del uso de los materiales, las actitudes que debe adquirir y la condición creadora, son factores que influyen positivamente en su desarrollo emocional. Además, la producción de un objeto a través de la expresión artística permite la identificación con su obra, lo cual implica el reconocimiento de sí mismo, de sus necesidades, deseos, frustraciones y las necesidades de sus semejantes y del arte terapeuta. Asimismo, el Arte Terapia facilita al niño la oportunidad de desarrollar sus capacidades perceptivas motrices, afinar la coordinación óculo motora y de integrar armónicamente el conjunto de elementos (López y Martínez, 2006).

El Arte Terapia se transforma en una forma de comunicación simbólica, que ofrece al terapeuta la oportunidad de obtener mayor cantidad de información sobre los conflictos internos que presenta el paciente. Por lo tanto, la terapia contribuye a que los niños se comuniquen abiertamente y logren exteriorizar con mayor facilidad aquello que imposibilita las barreras del lenguaje, la cultura, inteligencia, experiencias reprimidas o resistencias (Martini y Pineau, 2012).

De igual manera, la técnica del dibujo se convierte en una forma de lenguaje, por ejemplo, los garabatos los cuales son sus primeros intentos de reproducción simbólica es ahí donde tratan de aclarar primero para ellos y luego para los demás sus experiencias, sentimientos y vivencias; todas las sensaciones que ellos reciben del mundo exterior y el impacto de estos, son la base de la creación de los símbolos y por ende de los dibujos (López y Martínez, 2006).

4.3. Tratamiento farmacológico

Los psicofármacos apuntan al tratamiento de las causas de la depresión desde una mirada meramente biológica del sujeto. Intentando regular esta conducta depresiva mediante la administración de los mismos (Del Barrio, 1997).

El uso de los fármacos como tratamiento de la depresión infantil, debe estar prescrito y ser llevado bajo control por un psiquiatra. Ya que según Wicks-Nelson e Israel (2006), “La práctica de prescribir medicación antidepresiva a niños y adolescentes sigue siendo una cuestión polémica, ya que la eficacia y la seguridad de la farmacoterapia en los niños y en los adolescentes no está clara.” (p. 161). Es importante tener en cuenta, por cuestiones de seguridad, que al consumir ciertos medicamentos pueden ocasionar efectos secundarios, ocasionando así consecuencias a largo plazo en el desarrollo del infante, sobretodo en niños pequeños.

Carballo et al. (2010) Hace hincapié en la importancia de la psicoterapia como pilar fundamental del tratamiento, de todas formas, en caso de administrar psicofármacos, es importante que se acompañen de la misma.

5. Consideraciones finales

En la presente monografía se efectuó una revisión bibliográfica respecto a la depresión infantil, las técnicas de diagnóstico y su tratamiento, el abordaje es realizado principalmente desde enfoques psicoanalíticos y cognitivo-conductual.

A pesar de que la depresión es inherente al desarrollo humano y es esperable que los niños y niñas experimenten sentimientos de tristeza, es vital poder detectar cuando dichos sentimientos se vuelven patológicos, debido a que se presentan con cierta persistencia en el tiempo y se vuelven recurrentes. La depresión infantil ha tenido un incremento notorio en los últimos tiempos y en esta etapa evolutiva de forma puntual, por tal motivo, resulta muy importante realizar dicha distinción.

Son notorios los avances teóricos que se visualizan sobre la temática en las últimas décadas, así como también la producción de técnicas de diagnóstico e intervención. Si bien se han proporcionado mayores herramientas para poder intervenir en el sufrimiento psíquico de los niñas y niños, exige una constante labor de revisión por parte de los adultos responsables. En lo que respecta al labor de los profesionales en el campo de la salud mental, mantenerse actualizados constantemente adquiere especial relevancia para poder contar con la capacitación que requiere poder detectar precozmente la depresión y en consecuencia, brindar un diagnóstico acertado.

Una temprana detección de los factores de riesgos son decisivos para poder participar activamente en lo que refiere a la prevención y tratamiento.

Se realiza un apartado sobre el estrecho vínculo existente entre la depresión y la ideación suicida en niños y niñas. Es escaso el conocimiento actual sobre medidas preventivas y aunque socialmente sigue siendo un tabú, es una problemática contemporánea que amerita ser abordada con prioridad.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta, M. Mancilla, T. Correa, J. Saavedra, M. Ramos, F. Duran, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. Arch Neurocién. Vol. 16. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane111e.pdf>

AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. C. Soutullo Ma J. Mardomingo (Coord.), Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. (p. 145-156). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Álvaro J, Garrido A, Schweiger I. (2010). Causas Sociales de la depresión. Revista internacional de Sociología. 68(2):333-348.

Amaya, R. (2008). Parentalidad positiva: educación emocional y en valores desde el ámbito familiar. Mesa Redonda: Educación Emocional y en Valores: Jornada sobre "Familia, escuela y sociedad: el reto de la convivencia". Madrid: Universidad de Oviedo.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fourth Edition. España: Masson.

Araya, C., Correa, V. & Sánchez, S. (1990). La expresión plástica: potencialidades y aplicaciones como herramienta psicoterapéutica. (Tesis inédita de Pregrado). Universidad Católica de Chile, Santiago, CHL.

Arfouilloux, J-C. (1986). Niños tristes. La depresión infantil. México: Fondo de Cultura Universitaria.

Bakwin, H. (1972), "Depression-a mood disorder in children and adolescents". American Journal of Psychiatry.

Belló M, Puentes E, Medina MEBismarck, P y Alvarez, E, (2010). Terapia breve y depresión infantil. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo". Ajayu vol.(8), No.1. Recuperado de: <http://scielo.org.bo/pdf/rap/v8n1/v8n1a05.pdf>. , Lozano R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Publica Mex. 47(SUPPL. 1).

Benveniste, D. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres. Revista de psicoanálisis Trópicos, 8 (1), 137-148.

Bibring, E. (2019). El mecanismo de la depresión. Revista de psicoanálisis y psicoterapia. Recuperado de: https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/oct_bibring.pdf

Boag, L., McConville, B. & Purohit, A. (1973). Three types of childhood depression. Can. J Psychiatry, 18, 133-178.

Brennan, P. & Hammen, C. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. General Psychiatry, 60, 253-822.

Cajigas-Segredo, N., Kahan, E., Luzardo, M. & Ugo, M. (2010). Depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad. Revista Ciencias Psicológicas. 6 (2). 149-163.

Campbell S, Palma M. Explicación Psicoanalítica de la Depresión. Disponible en: http://www.ehowenespanol.com/explicacion-psicoanalitica-depresionhechos_130365/

Cantwell, D. & Carlson, G. (1987). Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. España: Martínez Roca.

Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Archivos de Medicina, 11(1), 62-68. Recuperado de <http://revistasum.umanizales.edu.co/o-js/index.php/archivosmedicina/article/view/1435>

Carballo, J., Figueroa, A., García, I., Soutullo, C. & Zalsman, G. (2010). Trastornos

Chávez, K. (2013) Depresión enmascarada, ¿somatización o depresión? Psyconex, volumen (5), número (8).

Chávez, K. (2015) La depresión enmascarada desde la sintomatología neurovegetativa. Psyconex, volumen (7), número (10). Recuperado de: revistas.udea.edu.co

Ccarhuarupay L. (2014). Factores relacionados a síntomas depresivos en adolescente tardíos pre-universitarios con sobrepeso y obesidad [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín; Available from:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4281/MDccbalg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Centro de Integración Juvenil A.C, (s.f.). Enfoques y modalidades en psicoterapia. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx>

Clarizio, H. & McCoy, G. (1981). Trastornos de la conducta del niño. México: Manual Moderno, S.A. de C.V.

Colina, L. Dehrens, S. (1990). Terapia Cognitiva. (1era edición). Venezuela.; Eykon C.A.

Covarrubias, T. (2006). Arte Terapia como herramienta de intervención para el proceso de desarrollo personal. (Tesis inédita de Postgrado). Universidad de Chile. Santiago, CHL.

Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Dahab J, Rivadeneira C, Minici A. (2002). La depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. Revista de terapia Cognitivo conductual. (3).

De la Garza, F. (2007) Depresión en la Infancia y adolescencia. México: Trillas.

Del Barrio, V. (1997). Depresión Infantil. Causas, evaluación y tratamiento. Barcelona: Ariel, S.A.

Del Barrio, V. (2010). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. Información psicológica. (100). 49-59.

Depresivos. En AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. C. Soutullo, M. Mardomingo (Coord.), Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. (p.145-156). Madrid:Editorial Médica Panamericana.

Durkheim, E. (1998). El suicidio (6 ed.). Madrid, España: Akal

Feldman, D., Olds, W. & Papalia, D. (2004). Desarrollo Humano. México: McGraw-Hill.

Frank, J. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapist. The master lecture series. 1. Recuperado de <http://books.google.co>

Freud, A. (1954). El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós.

García Vega, M. (2003). Depresión infantil [en línea]. Barcelona, España. Recuperado de: <http://www.cfieavila.com/jornadas%20salud/salud/depresioninfantil.html>

Gil, A. (2020). Depresión y suicidio 2020: Documento estratégico para la promoción de la salud mental. Recuperado de: <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>

Glaser, K. (1968), "Masked Depression in children and adolescents". Annual Progress in Child Psy-chiatry Child Development.

Green, A. (1999). "La madre muerta" en Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Buenos Aires: Amorrortu.

Hernández Ó, Méndez Carrillo FJ, Garber J. Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. Rev Psicopatol Psicol Clin. 2014;19(1):63-76.

Hernández TA, González- Elías IE, López AYM. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. MediSan. 2013;17(12):9027-9036.

Horowitz, J. L., & Garber J. (2006). The Prevention of Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. Journal.

Khan, L., Parsonage, M. y Stubbs, J. (2015). Investing in children's mental health. A review of evidence on the costs and benefits of increased service provision.

Klein, M. (1957). Envidia y gratitud. Obras completas, tomo III. Bs. As: Paidós.

Klein, M. (1995). La vida emocional y el desarrollo del yo del niño, con especial referencia a la posición depresiva. Psicoanálisis ApdeBA. Vol. 17 (3). 529- 584

Klein, M. (1935). Love, guilt and other Works (1921-1945). Hogarth Press. London. 1975. "Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco depresivos" en Amor, culpa y reparación". Paidós, 1990. Bs. As.

Lang, M. & Tisher, M. (2003). Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). Madrid: TEA.

Lopez, M. Mejia, C. Vargas, M (2018). Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco. alcohol y otras drogas. México: Centros de Integración Juvenil, A.C.

López, M. & Martínez, N. (2006). Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística. Madrid: Ediciones Tutor.

Malchiodi, C. (2003). Handbook of Art Therapy. New York: The Guilford Press.

Manzanera-Escarti, R (2006). Foco en el curso y en el tratamiento de la depresión. El Sevier. Supl. 2:31-7 (31-37).

Marcelli, D. y Cohen, D. (2007). Psicopatología del niño. Barcelona: Masson.

Martini, G. & Pineau, S. (2010). Efectos de la Psicoterapia del Arte sobre los síntomas e indicadores de agresividad en niños institucionalizados. (Tesis inédita de Pregrado). Universidad Metropolitana. Caracas, Venezuela.

Méndez, F. X. (2011). El niño que no sonríe: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. Madrid: Pirámide.

Méndez y otros (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa? En: Behavioral Psychology/Psicología Conductual, vol. 10, N. 3.

Oñederra, J. (2008). Bullying: conceptos, causas, consecuencias, teorías y estudios epidemiológicos. Recuperado de <http://www.sc.ehu.es>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2021). Centro de prensa. Suicidio. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

Palacios-Espinosa, X., Barrera, A., Ordóñez, M. y Peña, M. (2007). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el periodo 1985-2005. Avances en Psicología Latinoamericana, 25(2), 40-62. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1206>

Palacio Espasa, F. y Dufour, R. (2003). Diagnóstico estructural en el niño. Barcelona: Herder.

Pérez -Álvarez, M y García, J, (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema.

Polaino-Lorente, A. (1988). Las depresiones infantiles. Madrid: Morata

Polaino-Lorente, A. (1998). Los trastornos afectivos en la infancia. Las depresiones infantiles. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), Psicopatología del niño y del adolescente. (p 655-688). Sevilla: Imprenta Antonio Pinelo.

Puerta Polo, J. V., & Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2),251-257.[fecha de Consulta 18 de Octubre de 2022]. ISSN: 1794-5992. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>

Reyna Y., (2005). Depresión infantil en los niños de 3-6 años de edad en el jardín de niños Dolores Vega Anza. [en línea]. Zacatecas, México. Recuperado de: <http://www.uad.edu.mx/Centrolnv/Libros/tesis016.pdf>.

Rodríguez Ávila, J. Ortiz Ramírez, M. (2005). Depresión infantil. [en línea]. Pachuca, México. Recuperado de: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5 - No. 6.pdf>

Sánchez, O. y Méndez, F. (2009). El Optimismo como Factor Protector de la Depresión Infantil y Adolescente. *Revista Clínica y Salud*. Vol.20. No.3. 273-280. Madrid. Recuperado de: El Optimismo como Factor Protector de la Depresión Infantil y Adolescente (isciii.es)-Ulloa, F. (1993). Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes. *Rev. Chil.Pediatr.* 64 (4). 272-279. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v64n4/art06.pdf>

Sánchez- Hernández, O y Méndez, F.X, (2009). Prevención de la depresión infantil mediante el formato del optimismo. *Revista de Psicoterapia*. Vol. (18)- N°72. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Oscar-Sanchez-Hernandez-2/publication/285582936_Prevencion_de_la_depresion_infantil_mediante_el_fomento_del_optimismo/links/56600a1308ae4988a7bf0039/Prevencion-de-la-depresion-infantil-mediante-el-fomento-del-optimismo.pdf.

Sauceda, J. (s.f.). Depresión Infantil. Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, A.C. Recuperado de <http://www.ampi-ac.org>

Santrock W. John (2007). *Desarrollo Infantil*. (11va. ed.). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

Spitz, R. (1969). *El primer año de vida del niño* (1a. ed.). México: Fondo de cultura económica.

Travé A., Reneses A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión del sistema Nacional de salud. 2002; 26(1)

Tochoy, P. y Chaskel, R. (2016). Depresión en niños y adolescentes. En: PreCop, Vol. 15, Número 1.

Ulloa F. Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes. Revista Chilena de Pediatría. 1993;64:272-6.

Vallejo, J. (2002). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona.

Vásquez-Rojas, R. y Quijano-Serrano, M. (2013). Cuando el intento de suicidio es cosa de niños. Revista Colombiana de Psiquiatría, 43(1), 36-46. Recuperado de <http://psiquiatria.org.co/we-b/wp-content/uploads/2012/02/RCPS1.pdf>

Vazquez, M. Giachetto, G. Martinez, A. Viola, L. (2012, Noviembre). Intentos de autoeliminación en niños y adolescentes. Recuperado de: [http://opcionmedica.parentesisweb.com/articulos/intentos-de-autoeliminaci%C3%B3n-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes\).Ma](http://opcionmedica.parentesisweb.com/articulos/intentos-de-autoeliminaci%C3%B3n-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes).Ma)

Viola, L., Garrido, G. & Varela, A. (2008). Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños uruguayos. Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/ago2008/02_trabajo%20orig.pdf

Wicks-Nelson Rita y Israel Allen C. (2006). Psicopatología del niño y del adolescente. (3ra edición). Madrid, España.: Pearson, Prentice Hall.

Winnicott, D. W. (1979): Realidad y juego. Ed. Gedisa. Barcelona.

Zarragoita I. (2011). Depresión Generalidades y particularidades. La Habana: ECIMED. Cuba.