



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN NIÑOS EN
SITUACIÓN DE DESAMPARO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

RUTH ELENA GARCÍA GÓMEZ

Directora: Mtra. **MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ**
Dictaminadores: Lic. **JUANA OLVERA MÉNDEZ**
Dra. **OLIVIA TENA GUERRERO**



Los Reyes Iztacala, Edo de México

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“No se puede enseñar nada a un hombre; sólo se le puede ayudar a encontrar la respuesta dentro de sí mismo”.

Galileo Galilei

El niño.- ¿Por qué estás triste?

El viejo.- No estar contento no significa estar triste.

El niño.- Entonces ¿por qué no estás contento?

***El viejo.- ¿Podrías estar contento si alcanzaras una
estrella y no tuvieras a quién contárselo?***

El niño.- No. ¿Has alcanzado tú una estrella?

El viejo.- Sí. Pero, ¿quién me creería?

El niño.- ¡Yo te creo!

El viejo.- ¡Tenías razón, estaba triste!

El niño.- Yo siempre me río más que tú.

***El viejo.- Así es. Tú empiezas a caminar por la vida.
Yo empiezo a caminar hacia la muerte.***

El niño.- ¿Nunca me dices mentiras?

El viejo.- No

El niño.- ¿Por qué?

El viejo.- Porque siempre me pides verdades.

Elvia Rodríguez (México, 1979).

Dedicada a mis abuelitos:

*Pablo Gómez (†),
María de Jesús González,
Secundino García y
Tomasita Pacheco (†)*

A quienes admiro por su sabiduría y fortaleza.

Gracias por su amor.

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres, Gerardo y María Elena, por su amor, comprensión, apoyo, paciencia, y enseñanzas, por demostrarme que cualquier esfuerzo vale la pena. Gracias por todo, los quiero mucho.

A mi hermana Elizabeth por estar a mi lado durante toda mi vida y por ser para mí un ejemplo de perseverancia, a mi nuevo hermano Jesús y a mi pequeña sobrina Ximena, los quiero mucho.

A mis tías Tere y Chelito por darme siempre su amor y por estar cerca cuando las necesito.

A mis primas, Mary y Came, por ser como mis hermanas y por no dejarme sola en ningún momento, las quiero mucho. Gracias por haber crecido junto a mí.

A mi prima Susy por su confianza y por seguir en comunicación aunque estemos tan lejos. Gracias por tu apoyo.

A toda mi familia por enseñarme el gran valor que representa estar unidos y por ayudarme a ser quien soy ahora.

A Jessica, Abel, Daniela y Ángel por estar de nuevo en mi vida, por los momentos tan agradables que hemos compartido y por demostrarme que nuestra amistad es capaz de perdurar a través de los años.

A Elizabeth, Natalia y Úrsula por su amistad y confianza, por los momentos tristes y felices que hemos compartido, pero sobre todo porque hemos continuado juntas.

A Hob, por ser un amigo incondicional, con quien he compartido muchas experiencias y conversaciones, a quien considero como un hermano.

A Vianey, Ivonne, Erika y Viviana por estar cerca de mí; juntas hemos crecido como profesionistas y como personas, hemos compartido los cumpleaños, las quemas, los chistes, las alegrías y espero aún nos falten muchas cosas por hacer. A Manuelito, por estar presente en cada momento de felicidad de todas nosotras y por ser nuestro pequeño amigo.

A Susy, Tere, Rocío, Aída y Claudia, por compartir conmigo sus conocimientos, por ayudarme a crecer como psicóloga y por brindarme su amistad.

A Edgar y a las chicas de Chapultepec por su comprensión, apoyo y enseñanzas, los aprecio sinceramente. A Jacqueline por todos sus consejos y por ser una gran amiga.

A Tania, Chabe, Lore y Gema por la amistad que me brindaron desde que comenzamos este camino como profesionistas.

A todos los amigos que permanecen a mi lado y a los que han dejado recuerdos maravillosos en mi memoria: Jessica, Martha, Chucho, Graciela, Melissa, Roberto, Natalia y Jazmín.

A Cristina Bravo por su orientación y apoyo en la realización de esta investigación. A las profesoras Juanita Olvera y Olivia Tena por sus consejos y enseñanzas. Gracias por haber formado parte de mi vida y por contribuir en mi formación profesional.

A los profesores Ana Elena Del Bosque, María Luisa Cepeda, Olga Mejía, Francisco Ochoa y Luis Estrevel.

Gracias a todos ellos por enseñarme que la Psicología es apasionante y que la búsqueda y generación del conocimiento nunca termina.

Gracias Dios por haberme permitido la terminación de este proyecto y el cumplimiento de un gran sueño.

Finalmente agradezco la participación de los niños y de las personas responsables de su cuidado, quienes forman una parte imprescindible en las diferentes instituciones de atención infantil:

A la Madre Tere del Instituto Infancia.

A la Madre Julieta Ogando del Internado Guadalupano Calacoaya, A. C.

A la Trabajadora Social Dolores González del Orfanatorio La Asunción.

A las Licenciadas Loredó y Navarro de la Casa Hogar de San Miguel Arcángel, I. A. P.

A la Madre Juanita Villalpando de la Casa Hogar Santo Tomás de Aquino, La Rosa.

A la Hermana Jacinta Martínez de la Casa Hogar EUDES.

A la Madre Maricela del Albergue Infantil para Niños "Inés María Gasca", A. C.

A la Directora Carolina Negrón y a la Psicóloga Rocío Trejo de la Casa Hogar P. A. S., Patronato de Apoyo Social, A. C.

Admiro la labor que realizan y la preocupación mostrada hacia los niños, su deseo por borrar de la vida de los pequeños todas las malas experiencias del pasado, su capacidad de luchar cada día para que no vuelvan a sufrir y mantengan el espíritu inocente de su niñez.

ÍNDICE

RESUMEN	12
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LABOR DEL PSICÓLOGO CLÍNICO	19
1.1. Definición y principales objetivos de la psicología clínica	19
1.2. El psicólogo clínico	22
1.2.1. Funciones que realiza el psicólogo clínico	23
1.2.1.1. Evaluación y diagnóstico	
1.2.1.2. Tratamiento y prevención	24
1.2.1.3. Investigación	26
1.2.1.4. Enseñanza	27
1.2.1.5. Consultoría	28
1.2.1.6. Administración	29
1.2.1.7. Trabajo con otros profesionales	
1.2.1.8. Formación académica continua	30
1.2.2. Campo laboral	31
CAPÍTULO 2. DEPRESIÓN: TRASTORNO QUE AFECTA LA CALIDAD DE VIDA	34
2. 1. Prevalencia	34
2. 2. Definición	35
2. 3. Sintomatología	37
2. 4. Etiología	40
2. 5. Modelos explicativos	42
2.5.1. Teorías biológicas	

2.5.1.1. Factores genéticos	43
2.5.1.2. Factores neuroquímicos	
2.5.1.3. Factores endocrinos	44
2.5.1.4. Estructura cerebral	
2.5.2. Teorías psicológicas	45
2.5.2.1. Teoría psicoanalítica	
2.5.2.2. Teoría interpersonal	46
2.5.2.3. Teorías conductuales	47
2.5.2.3.1. Skinner	
2.5.2.3.2. Ferster	
2.5.2.3.3. Lewinsohn	48
2.5.2.3.4. Rehm	49
2.5.2.4. Teorías cognitivas	50
2.5.2.4.1. Seligman	
2.5.2.4.2. Beck	51
2.5.2.5. Modelo Cognitivo-Conductual	54
2.6. Depresión, suicidio y comorbilidad con otros trastornos	56
2.7. Grupos vulnerables	58
2.7.1. Mujeres	
2.7.2. Hombres	59
2.7.3. Ancianos	60
2.7.4. Adolescentes	
2.7.5. Niños	61

CAPÍTULO 3. DEPRESIÓN INFANTIL: UNA REALIDAD EN LA SOCIEDAD 63

3.1. Aceptación de la depresión infantil en el ámbito psicológico y primeras investigaciones	63
3.2. Prevalencia de la depresión infantil	66
3.3. Depresión infantil, suicidio y comorbilidad con otros trastornos	67

3.4. Definición	69
3.5. Carácter evolutivo de la depresión infantil	70
3.6. Sintomatología	
3.7. Edad de aparición	73
3.8. Etiología	74
3.8.1. Factores de riesgo	75
3.8.2. Factores protectores	77
3.9. Modelos explicativos	78
3.9.1. Teorías biológicas	
3.9.1.1. Factores genéticos	79
3.9.1.2. Factores neuroquímicos	
3.9.1.3. Factores endocrinos	80
3.9.1.4. Estructura cerebral	81
3.9.2. Teorías psicológicas	
3.9.2.1. Psicoanálisis	
3.9.2.2. Modelo Cognitivo-Conductual	82
3.9.2.2.1. Modelo Socioambiental o Modelo del Aprendizaje Social	
3.9.2.2.2. Modelo de Autocontrol	83
3.9.2.2.3. Modelo Cognitivo de Beck	85
3.9.2.2.4. Modelo de la Indefensión Aprendida o de la Desesperanza	86
3.9.2.2.5. Terapia Racional Emotiva	87
3.10. Sistemas de clasificación y diagnóstico	88
3.11. Evaluación	91
3.11.1. Fuentes de información	92
3.11.2. Instrumentos de evaluación	93
3.11.2.1. Escalas de evaluación	94
3.11.2.2. Entrevistas	96
3.11.2.3. Observación	97
3.12. Tratamiento Cognitivo-Conductual	98
3.12.1. Tipos de técnicas empleadas en el tratamiento	100
3.12.1.1. Entrenamiento en relajación	101

3.12.1.2. Reestructuración cognitiva	101
3.12.1.2.1. Terapia Racional Emotiva de Ellis	102
3.12.1.2.2. Terapia Cognitiva de Beck	103
3.12.1.3. Entrenamiento en habilidades sociales	104
3.12.1.4. Entrenamiento en autocontrol	105
3.12.1.5. Educación psicoafectiva	
3.12.1.6. Contingencias conductuales	106
3.12.1.7. Entrenamiento en solución de problemas	
3.12.1.8. Entrenamiento en asertividad	107
3.12.1.9. Programación de actividades agradables	
3.12.2. Programas de intervención multicomponente	108
3.13. Prevención de la depresión infantil	109
3.13.1. Programas preventivos	111

**CAPÍTULO 4. INVESTIGACIÓN: IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN NIÑOS EN SITUACIÓN DE DESAMPARO 114**

4.1. Población infantil en riesgo: niños en situación de desamparo	114
4.2. Método	117
4.3. Resultados	121
4.4. Discusión y conclusiones	125

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 131

ANEXO 148

RESUMEN

El psicólogo clínico desempeña varias funciones encaminadas a brindar atención a los individuos que han sufrido alguna alteración en su salud mental y muestran dificultad para realizar sus actividades diarias. Entre estos problemas se encuentra la depresión. Este trastorno afecta a una gran cantidad de personas alrededor del mundo, por lo cual ha surgido la necesidad de enfrentarla a partir de la aplicación de los conocimientos generados por la Psicología. Pero no sólo afecta a las personas adultas, también puede causar daños en diferentes ámbitos de la vida de los niños, en especial de aquellos más vulnerables, como ocurre con los niños en situación de desamparo. Así, el objetivo de la presente investigación consistió en identificar síntomas depresivos en una muestra de 72 niños internos en diferentes instituciones de atención y protección infantil, a través de la Escala de Autoevaluación de la Depresión para Niños (DSRS-C), la cual consta de 21 reactivos. Al comparar los resultados obtenidos en el inventario con las variables demográficas de la muestra infantil, no se encontraron diferencias significativas, por tanto, ninguna de ellas explica la presencia o ausencia de sintomatología depresiva en estos niños. Sin embargo, resultan alarmantes los porcentajes encontrados ya que más de la mitad de los niños (57.3%) presenta un trastorno distímico, 16.2% depresión mayor y solo 26.5% no muestra síntomas característicos del trastorno. Ante ello, se resalta la importancia de contar con un psicólogo dentro de los centros de protección a fin de lograr un óptimo desarrollo de los niños que se encuentran institucionalizados.

Descriptores: Psicología Clínica, Depresión, Depresión Infantil, Modelo Cognitivo-Conductual, Evaluación, Niños en Situación de Desamparo.

En los últimos años, se ha considerado que los problemas de salud más importantes son los que provocan daños a la salud mental, y parece ser que, en México, hay un incremento de trastornos mentales (Granados y Ortiz, 2003). Ante este aumento de trastornos que aquejan a la población y que afectan principalmente a nivel psicológico, el trabajo del psicólogo se ha convertido en una necesidad para tratarlos de manera eficaz.

A raíz de ello, el principal objetivo de la psicología clínica reside en generar e implementar principios que conduzcan a la comprensión de una persona que tiene dificultades, ayudándola a funcionar de forma satisfactoria y adecuada para sí misma y ante las personas que constituyen su grupo social (Pérez, 1988). Para lograr el funcionamiento adecuado de los individuos, el psicólogo debe contar con una serie de herramientas y destrezas que le permitan cubrir las necesidades de los pacientes, proporcionándoles atención en diversos lugares.

Así, las instituciones en las que el psicólogo clínico se desenvuelve son cada vez más diversas e incluyen escuelas de todos los niveles educativos, empresas, clínicas de atención psicológica y atención médica, hospitales psiquiátricos, reformatorios, centros de rehabilitación de adicciones, centros de asistencia social, etcétera (Vilanova, 1995).

Pero, sea cual sea el lugar donde trabaje, el psicólogo tiene la responsabilidad de investigar, detectar y evaluar posibles problemas, así como planear estrategias de intervención para su tratamiento o, de ser posible, su prevención (García, 1992). Serra (1992) señala que el psicólogo debe ser capaz de detectar, reconocer y diferenciar psicopatologías y otros trastornos, además, debe interpretar e integrar resultados de un diagnóstico y realizar intervención a nivel individual, grupal o comunitario a través de la aplicación de técnicas psicoterapéuticas apropiadas.

Asimismo atiende un gran número de problemáticas como son problemas de ansiedad, trastornos alimenticios, estrés, depresión, problemas de pareja, de

conducta infantil, violencia intrafamiliar, maltrato, delincuencia, alcoholismo, entre otros. Sin embargo, algunos de estos problemas aumentan y es más común encontrarlos en un mayor número de personas (adultos, ancianos y niños), tal como ocurre con la depresión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) señala que, a nivel mundial, 5.8% de los hombres y 9.5% de las mujeres de la población general presenta estados depresivos en alguna época de su vida. Ante esto, se espera que para el año 2020, este trastorno represente la segunda causa de incapacidad en el mundo.

En México, se estima que un 4.5% de la población presenta depresión y un 2% de personas ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista y Zambrano-Ruiz, 2004; Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005). Por tanto, la depresión se ha convertido en uno de los trastornos más frecuentes que afecta a una gran cantidad de personas (Herrera y Maldonado, 2002).

La depresión puede ser entendida como un trastorno o síndrome caracterizado por un conjunto de signos y síntomas, un trastorno de la afectividad donde existe una disminución de las capacidades, que incluye tristeza, pérdida de autoestima, desinterés, astenia, hipoactividad, pérdida de peso, alteraciones de sueño (Casullo, 2001) y un gran número de síntomas manifestados en el plano fisiológico, motor y cognitivo (Álvarez y Alfonso, 1997).

El trastorno depresivo puede desencadenarse a partir de algún evento que afecte a la persona, así, los factores responsables del incremento de la depresión son los acontecimientos vitales estresantes que representan amenazas o adversidades en el curso de la vida y que pueden tener efectos negativos para el individuo, convirtiéndose en factores de riesgo capaces de provocar la aparición de este trastorno.

De esta forma, Catalán (2000) ha identificado factores predisponentes y factores precipitantes; los primeros, son acontecimientos vitales que ocurren durante la niñez o la adolescencia y que influyen en el desarrollo de la depresión, predisponiendo su aparición durante la edad adulta; mientras que los factores precipitantes son aquellos factores de riesgo que aceleran el inicio, la recurrencia o la severidad de trastorno. Cabe señalar que un acontecimiento vital es entendido como un evento externo que puede ser social, psicológico, o de otro tipo, pero que al presentarse bruscamente llega a provocar desadaptación social, depresión y muchas otras consecuencias negativas para la persona.

Para explicar la depresión, han surgido una serie de modelos y teorías, así, se encuentran tanto teorías biológicas como psicológicas. En lo que respecta a lo biológico, se han destacado los patrones genéticos, el surgimiento de cambios endocrinos, la efectividad de algunas terapias físicas como electroshock o el empleo de antidepresivos. Dentro de las teorías psicológicas, se encuentran el psicoanálisis, el conductismo, las teorías cognitivas y el modelo interpersonal; siendo las más importantes para el tratamiento de la depresión las teorías que se incluyen en el modelo cognitivo-conductual.

Dentro de las teorías cognitivas, que han sido integradas en dicho enfoque, se encuentra el modelo de procesamiento de información planteado por Beck (1976, en García y Rodríguez, 2000), en el que las alteraciones emocionales aparecen en personas con una visión negativa y equivocada de la realidad, con esquemas distorsionados que permanecen en la memoria hasta que se activan frente a sucesos estresantes. Así, la explicación de la depresión se centra en las interpretaciones que un individuo hace acerca de los acontecimientos y en las distorsiones cognitivas; la percepción de sí mismo, del entorno y del futuro de forma negativa son los elementos que constituyen la tríada cognitiva. En otras palabras, Beck consideraba que la depresión es un producto de las distorsiones cognitivas que surgen de la evaluación negativa de las experiencias de una persona.

De Grado (1998) afirma que el modelo cognitivo-conductual ha resultado ser efectivo para el tratamiento de la depresión y considera que esta terapia debe ser utilizada para investigar los pensamientos y sentimientos de los pacientes.

Por otro lado, para evaluar la depresión, se han desarrollado diferentes escalas que parten de un listado de síntomas característicos de los estados depresivos; sin embargo, estas escalas no pueden sustituir el diagnóstico clínico, sino que más bien lo complementan, indicando la gravedad del trastorno. De acuerdo con Salamero (2000), las escalas más utilizadas difieren en aspectos como son la forma de puntuar los ítems, el propósito de la evaluación y la población a la que está destinada.

La mayor parte de los instrumentos han sido diseñados para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos y su objetivo es la detección de casos al realizar estudios en poblaciones amplias. Las escalas tienen diferencias en cuanto a las características de la población que van a evaluar y en cuanto a su amplitud y contenido. Para seleccionar una escala es necesario tomar en cuenta el objetivo para el que se va a utilizar, las características de la población y el costo material y humano que se requiere (Salamero, 2000).

Los instrumentos psicológicos de evaluación también van destinados a la población infantil ya que se ha encontrado que este trastorno también puede afectarla de manera significativa. En México, la Secretaría de Salud (2006) estima que 2.5% de los niños y 8.3% de los adolescentes sufre depresión.

Cytryn y McNew (1972, en García y Rodríguez, 2000) mencionan que la depresión en la etapa infantil y adolescente puede ser entendida como un afecto disfórico de larga duración asociado con una incapacidad grave en el área personal, social y vegetativa, en cuyos casos más graves, los pensamientos del niño y del adolescente se ven afectados por sentimientos de desconfianza y desesperanza que pueden llevar a la aparición de ideas suicidas.

La depresión infantil se manifiesta a través de diferentes síntomas que se pueden clasificar en emocionales, motores, cognitivos, sociales, conductuales y psicósomáticos (Del Barrio, 2000b). En el caso de los niños, la depresión presenta una sintomatología muy similar a la depresión adulta, sin embargo, se puede presentar además desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, bajo rendimiento académico, enuresis, entre otros.

Por ello, la evaluación de la depresión es un aspecto muy importante dentro del área clínica ya que ayuda a establecer el diagnóstico de un paciente, y en este caso, es de utilidad para evaluar si un niño presenta este problema o es vulnerable a presentarlo. Además, la evaluación permite la formulación de un programa de intervención ya sea para prevenir o tratar el trastorno (Heiby y García-Hurtado, 1994).

Asimismo, la depresión infantil puede ser provocada por una gran variedad de factores como por ejemplo, problemas familiares, inestabilidad emocional de los padres, divorcio de los padres e inclusive ruptura del vínculo afectivo entre la madre y el niño. La ausencia o ruptura del vínculo afectivo materno y familiar, ya sea por abandono, muerte o institucionalización, ocasiona inseguridad, retraimiento e inestabilidad emocional en el niño, pudiendo desencadenar una depresión. En estos casos, las funciones que debería cumplir el apego no se dan (seguridad, comunicación, etcétera) y las necesidades emocionales del niño no se satisfacen. Por tanto, la falta de relaciones afectivas paternas supone un factor de riesgo en la aparición de depresiones precoces (Del Barrio, 2000b).

Ante ello, resulta importante lograr detectar de manera temprana a los niños que corren mayores riesgos de presentar depresión y que se consideran más vulnerables, como ocurre con aquellos que se encuentran en situación de desamparo. Si la identificación de estos casos no se hace a tiempo, podría desencadenar problemas serios hasta la adolescencia o la adultez e incluso podrían llegar al suicidio.

De esta manera, el objetivo de la presente investigación es identificar la presencia de síntomas depresivos en niños institucionalizados en casas hogar del área metropolitana de la Ciudad de México.

Para cumplir dicho objetivo, el presente trabajo fue estructurado en cuatro capítulos. En el capítulo 1 se abordan las actividades que realiza el psicólogo clínico, las características o perfil del psicólogo clínico, las problemáticas a las que se enfrenta y los campos laborales en los que se inserta. En el capítulo 2 se presentan aspectos referentes a la depresión como son definición, modelos explicativos, características, consecuencias y descripción de los grupos poblacionales vulnerables. En el capítulo 3 se aborda la temática de depresión infantil, donde se incluye su definición, modelos explicativos, características, consecuencias, posibles causas, evaluación, tratamiento y programas preventivos.

El capítulo 4 está dirigido al contexto de la investigación realizada, donde se presenta una descripción de la población infantil en riesgo de desarrollar depresión, la metodología donde se describen las características de la muestra, las características generales de las instituciones, la descripción del instrumento de evaluación y el procedimiento llevado a cabo para su aplicación; además, se reportan los resultados obtenidos y se presenta la discusión y conclusiones que aportan datos relevantes para futuras investigaciones dirigidas a niños que se encuentran en situación de desamparo.

CAPÍTULO 1.

PSICOLOGÍA CLÍNICA Y LABOR DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.

La psicología clínica se ha desarrollado como un “campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales [...] en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar” (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 1998, p. 34). En este campo, el psicólogo clínico se convierte en el responsable de aplicar sus conocimientos y habilidades para prevenir y tratar cualquier trastorno del comportamiento, y por esta razón, antes de revisar las actividades que realiza y las funciones que desempeña, es necesario comprender en qué consiste la psicología clínica.

Ante ello, el objetivo del presente capítulo es proporcionar definiciones recientes de la psicología clínica y sus principales objetivos, describir la meta primordial del psicólogo clínico, las actividades que realiza, el campo laboral donde participa y las problemáticas y poblaciones que atiende.

1.1. Definición y principales objetivos de la psicología clínica.

Una definición amplia de la psicología clínica es la propuesta por Pérez (1988, p. 51), en la cual se considera que “la psicología clínica es un área aplicada de la psicología general, que se ocupa de buscar, instrumentalizar e implementar los principios que lleven a una comprensión del carácter único de una persona [...] que se encuentra en dificultades, y cuyo objetivo fundamental es reducir el malestar que esa persona experimenta, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada tanto para sí misma como para las personas que constituyen su marco de referencia social”.

Por su parte, Baumann y Perrez (1994), definen a la psicología clínica como una rama de la psicología que se ocupa del origen, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psíquicos a través de la aplicación de los conocimientos, técnicas y métodos de la psicología. Y también ha sido entendida por Bernstein y Nietzel (1995) como un área de la Psicología que investiga la conducta humana, hace evaluaciones y proporciona varios tipos de asistencia psicológica a través de la aplicación de los conocimientos y principios generados por ésta para atender y ayudar a quienes tienen problemas psicológicos. Por tanto, la psicología clínica es la aplicación de la ciencia básica de la psicología para la comprensión y resolución de los problemas humanos (Hall y Marzillier, 1997).

La División de Psicología Clínica de la *American Psychological Association* (2000, en Compas y Gotlib, 2003; Strickland, 2001), presenta una definición más reciente donde plantea que la psicología clínica es un campo que integra la teoría, la ciencia y la práctica para lograr comprender, predecir y aliviar los desajustes de los individuos, promoviendo su adaptación, equilibrio y desarrollo, orientando su funcionamiento en varios aspectos: biológico, intelectual, psicológico, emocional y conductual.

De manera similar, para Compas y Gotlib (2003, p. 7) la psicología clínica es una “rama de la psicología dedicada a la generación del conocimiento psicológico, y su aplicación, desde la ciencia psicológica, en la comprensión y mejoramiento del funcionamiento y bienestar físico y mental de un individuo o de un grupo de individuos”. De tal forma, la psicología clínica busca aplicar sus conocimientos científicos para lograr una mejor comprensión y un mejor abordaje de los problemas que afectan a los individuos.

Tal como afirman Bernstein y Nietzel (1995), lo que caracteriza a la psicología clínica es la combinación de la investigación, la evaluación y la intervención necesaria para entender en términos psicológicos la conducta humana y los conflictos internos. Además, se basa en la generación de nueva información que

permita la expansión de la psicología (Compas y Gotlib, 2003). Por ello, Hall y Marzillier (1997) consideran la interrelación entre la teoría y la práctica como un modo de relación recíproca.

Al considerar esto, se afirma que la psicología clínica tiene como objetivo comprender, tratar y prevenir los problemas de la salud mental y los efectos producidos por ellos; por tanto, su meta principal es cambiar el comportamiento que genera problemas en el individuo y en la forma en que se relaciona con otros (Compas y Gotlib, 2003). De manera general, la psicología clínica tiene como finalidad conocer cómo se desarrolla, mantiene y cambia la conducta humana (Strickland, 2001).

Por tanto, la psicología clínica es una rama de la Psicología centrada en la comprensión de aquellas dificultades que afectan el funcionamiento de las personas, tanto a nivel individual como social, es decir, la manera en que repercuten en su estado físico, psicológico y en la relación que mantienen con otras personas. Y al comprender los aspectos relacionados con dichos conflictos, la psicología clínica tiene como finalidad reestablecer e integrar cada área en la que el individuo presenta problemas y que, de alguna manera, interfieren en su desempeño diario y afectan su bienestar. Esto se logra a partir de la aplicación de los conocimientos científicos de la Psicología, por lo cual, se considera como una integración de la teoría y la práctica.

Como se mencionó, para realizar la aplicación de los principios y métodos de la psicología, el psicólogo clínico cuenta con herramientas que le permiten abordar aquellos trastornos psicológicos de una manera adecuada y eficaz.

1.2. El psicólogo clínico.

El psicólogo clínico es un profesional que brinda atención en el campo de la salud mental, teniendo como fin detectar, reconocer y diferenciar psicopatologías, interpretar e integrar resultados obtenidos de un diagnóstico, ser capaz de realizar intervenciones individuales, grupales y comunitarias a través de técnicas psicoterapéuticas que contribuyan al desarrollo de la salud mental en México (Serra, 1992; Hall y Marzillier, 1997).

Entendiendo que “la formación en psicología clínica implica un conocimiento especializado del funcionamiento psicológico y de los métodos psicológicos, los cuales proporcionan una destreza particular para llevar a cabo evaluaciones psicológicas como tests psicométricos, tratamientos psicológicos, y métodos psicológicos de investigación y valoración” (Hall y Marzillier, 1997, p. 13), se comprende que el psicólogo clínico es, en primer lugar un “científico aplicado” o “un científico que practica la psicología” que busca la utilización del conocimiento científico para un fin benéfico (Hall y Marzillier, 1997).

Sin embargo, la labor del psicólogo clínico, también implica una conciencia social y el conocimiento de un individuo. Debe considerar las necesidades tanto individuales de una persona como las necesidades que tiene la sociedad. Así, la psicología clínica surge como un servicio para la comunidad, existiendo un vínculo entre la sociedad y la profesión (Harsch, 2005).

Y además de esto, el psicólogo clínico se caracteriza por su percepción clínica, es decir, por su capacidad para cambiar los conocimientos generados por la investigación para entender y ayudar a una persona en particular, entendiendo cómo los principios generales se reflejan en la vida y en los problemas de las personas y cómo puede aplicar la investigación teórica para el tratamiento de las personas (Bernstein y Nietzel, 1995).

De manera tal, el psicólogo clínico tiene como meta desarrollar y aplicar el conocimiento psicológico, tomando en cuenta que los planteamientos teóricos y las técnicas clínicas deben estar basados en principios sólidos de la disciplina sin perder un sentido de integridad y ética que guíe sus acciones para el beneficio de la humanidad (Strickland, 2001). Para lograr esto, es indispensable considerar las funciones que desempeña el psicólogo clínico.

1.2.1. Funciones que realiza el psicólogo clínico.

Los psicólogos clínicos realizan una gran cantidad de actividades que les permiten servir como consejeros, terapeutas, profesores y negociadores. Y a su vez, están capacitados para entender, evaluar y tratar la conducta “anormal” de los individuos y para desempeñar funciones encaminadas a alcanzar este fin (Strickland, 2001).

Entre las actividades que el psicólogo clínico lleva cabo se encuentran: evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, valoración, investigación, enseñanza, consultoría, administración y trabajo colaborativo con otros profesionales (Bernstein y Nietzel, 1995; Compas y Gotlib, 2003; Hall y Marzillier, 1997; Pérez, 1988; Phares y Trull, 2003; Strickland, 2001).

1.2.1.1. Evaluación y diagnóstico.

La evaluación es entendida como el uso de métodos y principios psicológicos para lograr una mejor comprensión de los problemas psicológicos y consiste en recabar información relacionada a la conducta, problema, capacidades y aspectos relacionados a las personas que requieren ayuda, de igual forma, permite especificar de manera clara el tipo de problema, realizar un diagnóstico y,

posteriormente, formular estrategias de intervención psicológica adecuada (Bernstein y Nietzel, 1995; Hall y Marzillier, 1997; Pérez, 1988).

Las técnicas de evaluación utilizadas para recopilar los datos necesarios para el análisis, identificación y diagnóstico de los problemas psicológicos son las pruebas, las entrevistas y las observaciones. Por tanto, el psicólogo clínico es capaz de realizar evaluaciones psicológicas por medio de la administración e interpretación de pruebas psicológicas, entrevistas clínicas, observaciones del comportamiento y análisis del ambiente donde funciona el individuo (Bernstein y Nietzel, 1995; Compas y Gotlib, 2003).

La evaluación psicológica permite comprender y categorizar cualquier problema psicológico a través de la descripción detallada y precisa de la persona y del contexto en el que vive, lo cual proporciona información acerca de su funcionamiento previo y actual (Compas y Gotlib, 2003).

Debido a que una de las funciones del psicólogo clínico radica en identificar, clasificar y analizar problemas en el área de la salud mental, es indispensable realizar un diagnóstico, ya que a partir de él se toma una decisión más informada y se elige el tipo de intervención psicológica más adecuado que permita resolver el problema que enfrenta el individuo (Harsch, 2005; Phares y Trull, 2003).

1.2.1.2. Tratamiento y prevención.

El tratamiento o intervención psicológica se basa en la aplicación de procedimientos y principios psicológicos para ayudar a otros a cambiar, por lo cual implica la promoción de un cambio benéfico para las personas que enfrentan un problema de este orden y tiene como fin lograr cambios de conducta, emociones, cogniciones, respuestas fisiológicas e incluso para lograr cambios

medioambientales (Buela-Casal, López, Rodríguez y Sierra, 2001; Hall y Marzillier, 1997).

La intervención varía de acuerdo al tipo de problemática e implica dar una respuesta concreta que le dé término, en ella, el psicólogo formula la dificultad en términos psicológicos, guía y apoya a la persona ofreciéndole conocimiento y habilidades psicológicas necesarias para solucionarla y para aprender nuevas formas de pensar y de comportarse (Hall y Marzillier, 1997; Phares y Trull, 2003).

El tratamiento puede ser individual o grupal, si los problemas presentes son similares en varias personas y puede proporcionarse en consultas privadas o ser parte de los servicios que ofrece una institución. El trabajo puede ser realizado por uno o varios psicólogos y siempre debe centrarse en el empleo de tratamientos que han sido validados en la investigación empírica y cuyo procedimiento ha sido descrito de manera detallada (Bernstein y Nietzel, 1995; Compas y Gotlib, 2003).

Tomando en cuenta lo anterior, el psicólogo clínico cuenta con herramientas necesarias para diseñar y aplicar programas de intervención psicológica "...que brinden soluciones a los problemas emocionales del comportamiento humano individual o grupal, con el objetivo de promover pautas más adaptativas para la vida" (Harrsch, 2005, p. 152).

Pero el psicólogo clínico no sólo es capaz de diseñar y ejecutar intervenciones dirigidas al tratamiento de la psicopatología sino también a la prevención de trastornos médicos y psicológicos, facilitando un cambio en la vida de las personas a través del empleo de un conjunto de técnicas destinadas a modificar algún aspecto de la conducta de las personas que en un futuro podría repercutir de forma negativa en su comportamiento o algún otro aspecto de su vida (Compas y Gotlib, 2003).

Sin embargo, ésta no es una función aislada, ya que además, el psicólogo debe mostrar que el tratamiento utilizado es efectivo para alcanzar los objetivos establecidos, es decir, debe realizar una evaluación o valoración, la cual se refiere al uso de los principios psicológicos para evaluar la eficacia de programas de intervención dirigidos a la prevención y solución de problemas relacionados con la salud mental (Hall y Marzillier, 1997; Harrsch, 2005). Así, la evaluación se realiza antes, durante y después de cualquier tratamiento psicológico.

En este caso, cualquiera que sea el contexto o la población con la que se trabaje, los psicólogos clínicos deben proporcionar una valoración completa del problema, un método de intervención psicológico y una evaluación sistemática del resultado (Hall y Marzillier, 1997).

1.2.1.3. Investigación.

El psicólogo clínico realiza investigaciones cuando es miembro de alguna universidad, de algún hospital o de alguna clínica relacionada con la salud mental (Compas y Gotlib, 2003). Pero además de realizar sus propias investigaciones, también es capaz de evaluar investigaciones realizadas por otros. Tal como mencionan Phares y Trull (2003), los psicólogos clínicos cuentan con la capacidad para emplear y generar nuevos conocimientos.

Los proyectos de investigación varían desde problemas observables en animales hasta problemas clínicos en personas (Compas y Gotlib, 2003). Algunos contemplan la búsqueda de las causas de los trastornos mentales, la elaboración y validación de instrumentos de evaluación, la valoración de técnicas terapéuticas, la aplicación de distintos tipos de tratamiento, diseño, metodología y análisis de experimentos entre otros (Bernstein y Nietzel, 1995; Phares y Trull, 2003).

Las investigaciones cuentan con objetivos específicos y se realizan en situaciones controladas o naturales, con ayuda de personal voluntario o que ha sido contratado y con apoyo económico de alguna institución gubernamental o privada (Bernstein y Nietzel, 1995).

1.2.1.4. Enseñanza.

La enseñanza incluye cursos, clases, talleres, supervisión y entrenamiento de otros profesionales de diversos campos. El psicólogo clínico puede impartir clases a estudiantes de licenciatura en psicología, de maestría o doctorado en psicología clínica, dirigir seminarios especializados de posgrado, dar cursos de diversos temas como psicopatología, pruebas psicológicas, técnicas de entrevista, intervención, entre otros. Además, es posible que realice la tarea de supervisar a los estudiantes o internos en la aplicación de la teoría, las técnicas de evaluación y de tratamiento (Compas y Gotlib, 2003; Phares y Trull, 2003).

La supervisión clínica a estudiantes e internos se realiza después de que han visto al paciente, en sesiones con el profesor o con un grupo de compañeros, donde se revisan los casos y se proporciona retroalimentación. Los psicólogos clínicos también pueden tener a cargo la revisión de las investigaciones realizadas por los alumnos, en la elaboración de su tesis para obtener el título o en trabajos exigidos en la licenciatura o posgrado. Ayudan a los alumnos a aprender a solucionar problemas por medio de la investigación. Por lo regular, el psicólogo clínico dedicado a esta labor, revisa reportes escritos basados en la práctica que realizan sus alumnos (Bernstein y Nietzel, 1995; Phares y Trull, 2003).

Los psicólogos clínicos pueden dirigir la enseñanza a la orientación de otras personas dedicadas a la salud mental, como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, o dirigir talleres sobre diferentes temas para policías, agentes judiciales o

de otros campos profesionales que requieran adquirir conocimientos de aspectos psicológicos (Bernstein y Nietzel, 1995; Phares y Trull, 2003).

1.2.1.5. Consultoría.

Los psicólogos clínicos ayudan y aconsejan a colegas, organizaciones, escuelas y a otros profesionales sobre distintos tipos de problemas y proporcionan información y orientación sobre algún tema de interés (Compas y Gotlib, 2003).

La consulta adopta incontables formas en muchos ambientes. Por ejemplo, el psicólogo clínico puede dar consulta a un colega que tiene dificultades con un caso de terapia, aconsejar sobre cómo se debe diagnosticar o tratar uno o varios casos presentados en una institución, proporcionar ayuda al personal de una dependencia, discutir con otros profesionales sobre un tema de salud mental (Phares y Trull, 2003).

La consulta puede ir desde casos clínicos hasta asuntos empresariales, de personal y de ganancias, tratando con individuos u organizaciones enteras y el psicólogo clínico se dedica a ello de manera individual o creando empresas de consultoría psicológica (Phares y Trull, 2003).

En esta actividad, el psicólogo clínico tiene la oportunidad de combinar la investigación, el diagnóstico, el tratamiento y la enseñanza, además de compartir sus conocimientos con otras personas, teniendo como principal responsabilidad educar, aconsejar y dar servicio (Bernstein y Nietzel, 1995).

1.2.1.6. Administración.

Cuando el psicólogo desempeña el papel de director o funge como responsable de algún departamento, centro o institución debe realizar actividades relacionadas con la administración (Compas y Gotlib, 2003).

La tarea administrativa incluye supervisar el funcionamiento de una institución, coordinar las actividades del personal, distribuir los presupuestos, implementar políticas internas, proponer nuevos planes para el desarrollo y uso de las instalaciones, representar a la institución en reuniones importantes, delegar responsabilidades a las personas que participan dentro de la institución, formar parte de algún comité, llevar al corriente los expedientes de los clientes, elaborar informes de trabajo y aprobar proyectos de investigación, entre otras cosas (Bernstein y Nietzel, 1995; Phares y Trull, 2003).

En este caso, los cargos administrativos que los psicólogos clínicos desempeñan son como jefe del departamento de psicología de una universidad o alguna institución educativa, director de una clínica, vicepresidente de una empresa de consultoría, director de un programa de enseñanza clínica, director de una clínica psicológica, psicólogo en jefe de un hospital o director de un centro de atención (Phares y Trull, 2003).

1.2.1.7. Trabajo con otros profesionales.

En muchas ocasiones, los psicólogos clínicos trabajan de manera conjunta con un gran número de profesionistas, como psiquiatras, neurólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros trabajadores con la finalidad de ayudar a las personas con problemas tanto médicos como psicológicos (Hall y Marzillier, 1997; Harrsch, 2005).

Debido a que muchos problemas son multidimensionales, es decir, son resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales, se hace necesaria la colaboración de varios profesionales que compartan de una manera recíproca sus habilidades y conocimientos, permitiendo un mejor abordaje de estos padecimientos y un trabajo efectivo que esté destinado a lograr la mejoría del paciente. La forma más común de colaboración es el trabajo en casos clínicos, donde se combinan las habilidades de los psicólogos, las enfermeras, los auxiliares sanitarios, médicos y otros profesionales (Buela-Casal, et al., 2001; Hall y Marzillier, 1997).

1.2.1.8. Formación académica continua.

Aunque en su mayoría, el psicólogo clínico dirige sus actividades a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de personas o grupos que padecen problemas emocionales y de adaptación, realiza tareas destinadas, de una u otra forma, a la descripción, explicación, predicción y cambio del funcionamiento humano (Harrsch, 2005).

Por esta razón, para ejercer la psicología clínica, el profesional debe tener una sólida formación académica (Serra, 1992) y debe permanecer en una formación constante, actualizándose de manera continua respecto a los avances en terapia, mediante la asistencia a cursos, congresos y lectura de publicaciones. Además, debe estar al tanto del código ético, el cual funge como base y referencia para llevar a cabo su trabajo, y le sirve para conocer sus responsabilidades como profesional (Buela-Casal, et al., 2001). Así, esto último podría considerarse como una actividad imprescindible para el psicólogo.

En relación a las funciones descritas, es importante mencionar que los psicólogos clínicos se encuentran involucrados en diversas actividades dependiendo de las responsabilidades y del lugar donde trabajen, es decir, desempeñan puestos en

los que es necesario llevar a cabo una combinación de funciones (Bernstein y Nietzel, 1995).

Esto ha permitido la ampliación del campo de trabajo donde se desempeña el psicólogo clínico y como consecuencia, se ha diversificado y actualmente, hay mucho quehacer en innumerables jurisdicciones preocupadas por el cuidado de la salud mental (Compas y Gotlib, 2003; Harrsch, 2005; Strickland, 2001).

1.2.2. Campo laboral.

Las principales áreas de empleo donde se ve involucrado el psicólogo clínico se relacionan con la salud, la educación, la rehabilitación, la orientación vocacional, la investigación y los servicios públicos (Hall y Marzillier, 1997).

Y puede ocupar puestos en diferentes ambientes como centros de salud universitarios, departamentos de psicología en universidades, hospitales de medicina general y psiquiátricos, clínicas de salud mental, centros de salud, escuelas públicas y privadas, en prisiones, correccionales, industrias, asilos, casas cuna, guarderías, centros de bienestar social, centros de orientación infantil, centros de tratamiento para alcohólicos, cortes de justicia, departamentos de policía, instituciones gubernamentales, en una empresa, o puede ejercer su actividad profesional de manera independiente (Bernstein y Nietzel, 1995; Compas y Gotlib, 2003; Pérez, 1988; Serra, 1992).

De acuerdo con Serra (1992) y Harrsch (2005), en México, algunos centros de acción profesional se encuentran en:

- Dependencias del Sector Salud como son Centros de Integración Juvenil, Cruz Roja, Hospital Nacional de Pediatría, Hospital Psiquiátrico Infantil, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de

los Trabajadores del Estado (ISSTE), Instituto Nacional de Nutrición, Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

- Dependencias e instituciones del sector educativo como el Colegio de Bachilleres, Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), Instituto Politécnico Nacional (IPN), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y escuelas dependientes a ella, Secretaría de Educación Pública (SEP), universidades como la Universidad Iberoamericana y la Universidad del Valle de México.

- Dependencias gubernamentales y estatales como son Centros de Readaptación Social, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), Procuraduría General de la República (PGR), Procuraduría General de Justicia (PGJ), Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto Nacional del Deporte, Secretaría de Gobernación, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina.

Y dado que las instituciones en las que se desenvuelve el psicólogo clínico son muy diversas, se demanda un repertorio de destrezas específicas (Vilanova, 1995), es decir, debe ejercer actividades como diagnóstico, psicoterapia, investigación, entre otras (Serra, 1992). Por ejemplo, cuando el psicólogo clínico desempeña un cargo como profesor de una universidad, es necesario contar con habilidades para llevar a cabo la enseñanza, supervisión e investigación; en un centro de salud mental, debe ser capaz de realizar evaluación, diagnóstico, tratamiento y/o tareas administrativas; o en un hospital médico debe llevar a cabo actividades como evaluación, diagnóstico, tratamiento y consultoría para médicos (Compas y Gotlib, 2003).

De manera tal, los psicólogos clínicos cuentan con conocimientos teóricos y técnicos necesarios para atender las demandas planteadas por los pacientes (Buela-Casal, et al., 2001). Puede atender un amplio rango de problemas que

incluyen condiciones psicológicas, médicas o físicas, como problemas sociales, fobias, trastornos obsesivo-compulsivos, problemas de conducta disruptiva, disfunciones sexuales, dificultades conyugales, conflictos familiares, problemas escolares y vocacionales, enuresis, delincuencia, conductas criminales, alcoholismo, farmacodependencia, problemas involucrados con la vejez, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, etc., es decir, es capaz de atender cualquier problema de conducta humana (Hall y Marzillier, 1997; Harrsch, 2005; Phares y Trull, 2003).

En todos los casos el psicólogo trata de comprender o cambiar un problema esencialmente psicológico de un individuo, familia o grupo (Hall y Marzillier, 1997). Por lo tanto, el tipo de personas que atiende puede variar desde niños hasta ancianos, preescolares, escolares, adolescentes, jóvenes, parejas, padres, familias, etc. (Pérez, 1988); de cualquier edad y en cualquier condición (Bernstein y Nietzel, 1995). Y entendiendo que los psicólogos clínicos están comprometidos tanto en la ciencia como en la práctica, proveen servicios a las diversas poblaciones en casi cada situación concebible (Strickland, 2001).

En conclusión, la psicología clínica se ha desarrollado como un área de la psicología cuya principal función radica en lograr la readaptación psicológica de los individuos que presenten cualquier tipo de trastorno que altere de su ritmo de vida. Así, el psicólogo clínico aplica los conocimientos científicos a través de varias actividades, por ejemplo, evalúa los factores involucrados en el inicio y mantenimiento de estos conflictos, lo cual permite realizar un diagnóstico y formular un tratamiento adecuado; pero además es capaz de desempeñar otras funciones que permiten la generación de nuevos conocimientos y que facilitan el crecimiento y mantenimiento de varias instituciones cuyo fin es alcanzar el desarrollo de la psicología clínica a nivel individual, grupal o social. Por tanto, se entiende que destina sus esfuerzos a cualquier sector de la población y formula programas adecuados a cada uno y dependiendo de los conflictos presentes.

CAPÍTULO 2.

DEPRESIÓN: TRASTORNO QUE AFECTA LA CALIDAD DE VIDA.

Los trastornos que afectan la salud mental de los individuos representan un problema de salud colectiva importante debido a las serias repercusiones personales, familiares y sociales que producen. De este modo, el psicólogo clínico se enfrenta a un gran número de problemáticas como son ansiedad, trastornos alimenticios, estrés, depresión, problemas de pareja, problemas de conducta infantil, violencia intrafamiliar, delincuencia, alcoholismo, entre muchos otros. Sin embargo, algunos de estos problemas van en aumento y es común encontrarlos en un mayor número de grupos poblacionales, como ocurre con la depresión, la cual se presenta tanto en la población adulta como infantil.

2. 1. Prevalencia.

En la actualidad, la depresión es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes dentro de la sociedad y representa una de las primeras causas de morbilidad y discapacidad en el mundo (Álvarez y Alfonso, 1997; Roy & Kroenke, 2000; Sandoval, López, Flores, Mendieta y Lugoles, 1999; Stephen, 2000; Truax, Tritch & Carver, 2006).

Ante esta situación, la OMS (2006) ha estimado que la depresión es el cuarto problema de salud pública del mundo que causa pérdida en la calidad de vida, y para el año 2020 podría ocupar el segundo sitio detrás de las enfermedades cardíacas o cardiopatías isquémicas, como son infartos, insuficiencia coronaria y accidentes cerebrovasculares.

A nivel mundial, la depresión afecta aproximadamente a 121 millones de personas (OMS, 2006). Mientras que en la ciudad de México, la prevalencia de episodios

depresivos a lo largo de la vida es de 8.4% por cada 100 habitantes entre los 18 y 44 años de edad (Benjet, et al., 2004; González y Valdez, 2005).

Además, la depresión puede representar un peligro para la vida y es considerada como la primera causa de suicidio. Así, el 80% de las personas que padecen depresión mayor presentan ideas suicidas y entre 10 y 15% se suicidan o lo intentan (González y Valdez, 2005; Soriano, et al., 2004).

También se estima que un 75% de las personas con depresión tienen al menos un segundo episodio depresivo en el curso de sus vidas, y esta recurrencia implica un progresivo agravamiento y empeoramiento del problema (Vázquez, Nieto, Hernangómez y Hervás, 2005).

Debido a esto, surge la necesidad de diseñar intervenciones capaces de reducir el riesgo de recaídas. Sin embargo, para realizar una intervención eficaz es indispensable que el psicólogo clínico tenga conocimiento sobre las características de este problema, identifique la sintomatología presente y la evalúe de forma correcta.

2. 2. Definición.

El término depresión puede ser entendido de maneras distintas, haciendo referencia a un síntoma, a un síndrome o a un trastorno, y para diferenciarlos, Bragado y García-Vera (1998), Kolvin (1995), Vázquez, et al. (2006) coinciden en que al entenderse como un síntoma, la depresión es un estado de ánimo decaído caracterizado por una percepción subjetiva de malestar, presentándose en la mayoría de los trastornos psicopatológicos. Por otro lado, la depresión también hace referencia a un síndrome, es decir a un conjunto de síntomas y signos clínicos o conductas observables, como tristeza, pérdida de interés, sentimientos de inutilidad, problemas de sueño, pérdida de apetito o de peso, dificultades de

concentración e inactividad, que también pueden estar presentes de forma secundaria en otras condiciones clínicas. Por último, se refiere también a un trastorno para el cual se especifican ciertos parámetros de duración, gravedad, curso y disfuncionalidad, y que no se debe a enfermedades médicas, ingestión de medicamentos o drogas, duelo o esquizofrenia.

En el ámbito de la psicología clínica, se hace principal referencia al trastorno depresivo, el cual no es debido a ningún otro trastorno psicopatológico; al ser concebida como tal, se han formulado varias definiciones y de manera general, para Kolvin (1995) la depresión es entendida como un desorden caracterizado por un cambio en el humor que es persistente y severo.

Por tanto, puede manifestarse a través de problemas como la disforia o malestar leve deteriorando el funcionamiento diario de un individuo, o incluso puede manifestarse por medio de deseos o acciones que conlleven a la muerte del mismo individuo (Freeman y Oster, 2002).

Así, el trastorno depresivo puede definirse como un trastorno del estado de ánimo acompañado de cambios biológicos, conductuales y cognitivos, que constituyen experiencias dolorosas para los pacientes y sus familias al limitar su actividad y su productividad (Bedirhan, 2002; Strock, 2002).

Es decir, la depresión es un trastorno que afecta al organismo, al estado de ánimo, la forma de pensar y la forma de concebir la realidad de un individuo (Secretaría de Salud, 2006), teniendo un fuerte impacto sobre la vida personal, familiar y social (Belló, et al., 2005; Rojtenberg, 2001).

Al considerar lo expuesto, se llega a la siguiente definición: la depresión es un trastorno compuesto por varios síntomas que afectan el estado de ánimo de los individuos y se manifiesta a través de cambios conductuales, cognitivos y biológicos, pero cuya duración, curso y severidad varían, provocando una

disminución en el desempeño de la persona en cualquier ámbito de su vida y cuyo resultado más grave es el suicidio, entendiendo que puede presentarse como estados de tristeza y sentimientos de inutilidad hasta deseos de morir y llevar a cabo actos que conduzcan a la propia muerte.

2. 3. Sintomatología.

La depresión es un trastorno compuesto por una gran variedad de síntomas que se manifiestan en las personas como un estado de ánimo de abatimiento, tristeza y decaimiento acompañado de otros síntomas como irritabilidad, tensión, ansiedad, dificultad para tomar decisiones, problemas de memoria y disminución en la capacidad de concentración, pérdida de energía o fatiga, pérdida o aumento de apetito y de peso, pérdida de la libido y perturbaciones del sueño como insomnio o hipersomnia (Bousoño, Fernández, González-Quirós y Bobes, 2003; Granados y Ortiz, 2003; Leahy & Holland, 2000; Williams, 1999).

Además de esto, las personas deprimidas muestran pérdida de interés en actividades cotidianas, deterioro en la capacidad de disfrute o incapacidad para sentir placer (anhedonia) y relaciones sociales insatisfactorias que conducen al aislamiento (Barlow y Durand, 2003; Moreno, Campos, Lara y Torner, 2006; Strock, 2002; Vázquez, et al., 2005).

Incluso, tienen pensamientos negativos que pueden conducir a ideas reiteradas sobre la muerte o intentos suicidas, presentan sentimientos de culpa o autorreproche, un autoconcepto negativo basado en autocrítica, autodesprecio y autodevaluación con sentimientos de inutilidad, fracaso y desesperanza (Bousoño, Fernández, et al., 2003; Casullo, 2001, 2003; Granados y Ortiz, 2003). También pueden presentarse otras emociones negativas como miedo, enojo, resentimiento, frustración, decepción e insatisfacción (Brooks-Gunn, Petersen & Compas, 1995).

Con frecuencia presentan dolores físicos que no parecen ser causados por alguna enfermedad física como dolor de cabeza, náuseas, mareos, visión borrosa, taquicardia, sudor y problemas digestivos (Leahy & Holland, 2000; Strock, 2002; Williams, 1999). Y de acuerdo con reportes de la Secretaría de Salud (2006) estos síntomas físicos son persistentes y por ende, algunos de ellos no responden al tratamiento médico.

De acuerdo con Truax, et al. (2006) este conjunto de síntomas que conforman al trastorno depresivo pueden ser agrupados en emocionales, cognitivos, conductuales y físicos.

Algunos autores (Álvarez y Alfonso, 1997; Vázquez, Hernangómez, Hervás y Nieto-Moreno, 2006) proponen los siguientes niveles:

- *Nivel conductual:* Falta de autocuidado y aseo personal, agitación o retardo psicomotor, llanto, agresividad verbal, agresividad física, conductas autolíticas o suicidas, conductas de evitación ante tareas cotidianas e interacciones sociales, verbalizaciones constantes sobre sus problemas y síntomas, ausencia o disminución de conductas de comunicación, postura decaída y abatida, aislamiento, soledad, pasividad, relaciones interpersonales conflictivas o deterioradas, realización reducida o inexistente de actividades de ocio.
- *Nivel cognitivo:* Pensamientos negativos, creencias disfuncionales, rumiaciones constantes sobre sus síntomas y sus consecuencias, ideación suicida, dificultades para tomar decisiones, dificultades de concentración y problemas de memoria, déficit en habilidades de solución de problemas.
- *Nivel psicofisiológico:* Alteraciones del sueño, insomnio o hipersomnia, alteraciones en el apetito, ya sea excesivo o reducido, disminución del deseo sexual, molestias físicas como sequedad de boca, estreñimiento, dolores de estómago, cefaleas y mareo.

- *Nivel emocional y motivacional:* Emociones negativas como tristeza, desesperanza, rencor, autodesprecio, culpa, frustración, fracaso, irritación, aburrimiento, anhedonia o incapacidad para experimentar emociones positivas, abulia o dificultad para iniciar tareas/actividades, disminución del interés por las actividades diarias, falta de energía o fatiga.

Pero, de acuerdo con Casullo (2003), la depresión es un cuadro clínico que para ser diagnosticado, no basta con la presencia de un conjunto complejo de síntomas, sino que además, es indispensable contar con determinados criterios de inclusión y de exclusión.

Por ello, se han elaborado diversos sistemas de clasificación que proporcionan una serie de categorías diagnósticas del trastorno depresivo, entre los que se encuentran la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima versión (CIE-10), creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión (DSM-IV, por sus siglas en inglés de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), creado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1995).

Ambos sistemas permiten un diagnóstico más certero tanto en el ámbito clínico como en el ámbito de la investigación, sin embargo, la clasificación del trastorno depresivo proporcionada por ambos sistemas van más allá de los objetivos propuestos para el presente proyecto, por lo cual sólo se mencionarán de manera general algunos de los criterios considerados para este trastorno.

De acuerdo al DSM-IV (APA, 1995), las manifestaciones sintomáticas incluidas en la categoría de depresión son tristeza, desesperanza, pérdida de interés o placer, pérdida o aumento de peso y del apetito, insomnio o hipersomnia, deterioro social, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpa e inutilidad, enlentecimiento

psicomotor, indecisión, y problemas de concentración y memoria, además, tienen una duración de dos semanas o más y están presentes la mayor parte del día.

En el CIE-10 (OMS, 2000), los síntomas presentes son un bajo estado de ánimo, reducción en la energía y disminución de la actividad, falta de reacciones emocionales, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, capacidad reducida de concentración, cansancio, alteraciones del sueño y del apetito, cambios en el peso, enlentecimiento psicomotor, agitación, y disminución de la libido. Éstos tienen una duración de dos o más semanas y en función de ellos, la depresión puede ser desde leve hasta grave.

Como es posible observar, la depresión ha sido descrita a partir de una gran variedad de síntomas, pero de la misma manera en que se han dirigido esfuerzos para clasificarlos, también se ha prestado importante atención a los factores que podrían estar involucrados en la etiología del trastorno.

2. 4. Etiología.

Las causas de la depresión son muy variadas, por tanto, es entendida como un trastorno de origen multifactorial donde participan eventos o acontecimientos vitales y factores estresantes crónicos que propician la vulnerabilidad de los individuos (Carney, 2000; Vázquez, et al., 2005).

Para González (1998a) y Goodyer (1995), cuando se presentan circunstancias o experiencias psicosociales adversas, el individuo debe adaptarse a través de mecanismos de enfrentamiento, pero si dicho individuo no las enfrenta, se convierten en un factor de riesgo que puede acarrear una alteración en su bienestar físico o mental e influye en el desarrollo de un trastorno como la depresión.

Así, es importante diferenciar los factores psicosociales que anteceden e incrementan el riesgo de presentar depresión, y los factores asociados a la manifestación o curso del trastorno, es decir, los eventos predisponentes o que producen la vulnerabilidad y los eventos precipitantes de la depresión (Catalán, 2000; y González, 1998a).

Los factores predisponentes son acontecimientos vitales que han ocurrido en la infancia o en la adolescencia y colocan al individuo en riesgo para presentar depresión en la edad adulta (Catalán, 2000). Entre estos factores se pueden mencionar la pérdida de uno de los padres, abuso sexual en la infancia, abuso físico, estilo educacional, reducida atención y afecto por parte de los padres o rechazo, la separación y la sobreprotección de los padres (González, 1998a).

Los factores precipitantes son entendidos como eventos o acontecimientos vitales externos, económicos, sociales, psicológicos o familiares bruscos, inesperados e incontrolables que representan una amenaza y producen la desadaptación del individuo, por tanto, se convierten en factores de riesgo que aceleran el inicio, curso, recurrencia o cronicidad del trastorno depresivo e impiden su recuperación (Catalán, 2000).

Entre los factores de vulnerabilidad se encuentran una pobre relación con la pareja, pérdida de apoyo social, vivir solo, tener una pobre relación con los miembros de la comunidad, presencia en el hogar de tres o más hijos menores de edad, desempleo, cambio de residencia, jubilación y agotamiento (González, 1998a).

Considerando lo anterior, el psicólogo clínico debe evaluar los eventos de vida estresantes en el contexto de la vida del individuo, es decir, debe tomar en cuenta que los eventos, aunque parezcan similares, pueden ocasionar diferentes niveles de estrés para cada individuo y cada evento puede ser percibido de manera diferente por varias personas y el significado que tiene para una de ellas puede

ser un factor importante en el desarrollo de la depresión (Bernardo, 2000; Carney, 2000).

Tal como Barlow y Durand (2003, p. 229) lo mencionan: “El suceso estresante de la vida es el mismo, pero el contexto es muy distinto y transforma el significado del suceso de manera sustancial”.

Por tanto, entre el suceso ocurrido, responsable de causar la vulnerabilidad del individuo, y los síntomas característicos del trastorno, intervienen otros elementos, y actualmente, se cuenta con varias explicaciones sobre el proceso que lleva a la aparición de la depresión.

2. 5. Modelos explicativos.

Como se mencionó, para abordar el problema de la depresión, se han formulado varias teorías o modelos, los cuales han desarrollado una serie de explicaciones que contemplan las características del curso clínico del trastorno, como son los factores involucrados en su inicio, mantenimiento, mejoría, recaída y remisión; por lo tanto, no sólo explican al trastorno depresivo, sino que sirven como fundamento a las intervenciones terapéuticas que formulan (Álvarez y Alfonso, 1997; Casullo, 2001, 2003). Así, es posible hacer referencia a las teorías propuestas por los modelos biológicos y los modelos psicológicos.

2.5.1. Teorías biológicas.

Gastó y Vallejo (2000), Montes (1998b), Sánchez, Fernández, Iglesias y González (2003) señalan los aspectos fisiológicos o biológicos causantes de la depresión, siendo los de mayor relevancia los que destacan la influencia de

factores genéticos, las alteraciones en el sistema endocrino, las alteraciones en los sistemas de neurotransmisores y las disfunciones en la estructura del cerebro.

2.5.1.1. Factores genéticos.

Las personas que tienen parientes de primer grado con un trastorno depresivo, tienen mayor probabilidad de presentarlo si se les compara con aquellas personas que lo padecen pero no se ha presentado en ningún miembro de su familia. Por tanto, la probabilidad de sufrir un trastorno como la depresión disminuye a medida que el grado de parentesco también lo hace (Barlow y Durand, 2003; Sánchez, et al., 2003).

2.5.1.2. Factores neuroquímicos.

Se considera que la depresión es causada por una disfunción neuroquímica, en la cual hay una cantidad inadecuada de los neurotransmisores, específicamente de la serotonina (5-hidroxitriptamina o 5-HT) y de las catecolaminas como la norepinefrina (NA) y la dopamina (DA) (Brooks-Gunn, et al., 1995; Casullo, 2001; Friedman y Thase, 1995; Heiby y García-Hurtado, 1994).

Para comprender esta hipótesis, es indispensable considerar que la función básica de dichos neurotransmisores (5-HT, NA y DA) consiste en establecer un código de señales electro-bioquímico, conocido como neurotransmisión, en la cual hay una interacción de equilibrio compleja (Barlow y Durand, 2003; Gastó y Vallejo, 2000).

En el caso de la serotonina, su función principal es regular las reacciones emocionales del organismo y regular los sistemas implicados con la norepinefrina y la dopamina. Si la actividad de la serotonina disminuye en el líquido cefalorraquídeo (LCR), los otros neurotransmisores se alteran y contribuyen a la

aparición de irregularidades del estado de ánimo como la depresión. Cuando esto ocurre, los niveles de norepinefrina y de dopamina descienden (Calderón, 2001; Fernández, 2000; Montes, 1998b; Moreno, et al., 2006; Sánchez, et al., 2003).

2.5.1.3. Factores endocrinos.

En esta explicación se considera la existencia de una estrecha relación entre las alteraciones hormonales y los trastornos afectivos, de forma que en la depresión, se han detectado diversas variaciones en distintos ejes de regulación endocrina (Brooks-Gunn, et al., 1995; Soriano, et al., 2004).

De esta manera, se han detectado niveles elevados de cortisol y de hormonas tiroideas en el líquido cefalorraquídeo, y alteraciones en la secreción de la hormona del crecimiento (disminución de la secreción nocturna y aumento de la diurna) (Barlow y Durand, 2003; Montes, 1998b).

2.5.1.4. Estructura cerebral.

Se refiere a la existencia de alteraciones en el metabolismo del cerebro de las personas depresivas, explicadas por un aumento en el tamaño o dilatación de los ventrículos cerebrales, un núcleo caudado y unos lóbulos frontales de menor tamaño, una disminución en el metabolismo de la glucosa y del flujo sanguíneo en el núcleo caudado y los lóbulos frontales, y pequeñas lesiones o hiperdensidades subcorticales en la sustancia blanca (Gastó y Vallejo, 2000; Montes, 1998b; Sánchez, et al., 2003).

2.5.2. Teorías psicológicas.

Dentro de los modelos psicológicos se han creado varias teorías sobre el desarrollo del trastorno depresivo, cuyos fundamentos incluyen los factores previos a la aparición de la psicopatología depresiva y los elementos responsables de su mantenimiento. Entre los modelos más importantes se encuentran el psicoanalítico, el interpersonal, el conductual y el cognitivo, el cual ha permitido el desarrollo del modelo cognitivo-conductual.

2.5.2.1. Teoría psicoanalítica.

Desde la concepción psicoanalítica, los fenómenos psicopatológicos como la depresión, son originados a partir de experiencias tempranas, las cuales influyen en la conformación de las estructuras mentales de cada individuo (González, 1998a).

La depresión fue descrita por Freud como una respuesta a la pérdida de un objeto amado, donde el individuo sustituye la relación del objeto perdido con la identificación (Casullo, 2001, 2003; Contreras, 2000). Consideraba la depresión como 'la agresión dirigida hacia uno mismo' o como la introyección de impulsos agresivos en respuesta a pérdidas no resueltas durante la niñez (Friedman y Thase, 1995; Yapko, 2006).

Esto se explica cuando el individuo intenta prevenir la pérdida traumática del objeto amado, internalizando sus cualidades y quedando vulnerable ante sus propios impulsos, de manera tal que la agresividad dirigida hacia el objeto, revierte sobre el propio individuo (González, 1998a).

Según Huerta (1999) se diferencian dos tipos de depresión, la depresión por pérdida del objeto caracterizada por hacer una elección narcisista de un objeto o

identificación con él para aumentar la propia autoestima y éste pierde gradualmente su valor; y la depresión narcisista que surge cuando se fracasa ante las exigencias del ideal del Yo, porque no es suficiente para mantener una autoimagen satisfactoria.

Así, la depresión se presenta como el resultado de una agresividad introyectada, la pérdida del objeto y el fracaso ante el narcisismo (Huerta, 1999).

2.5.2.2. Teoría interpersonal.

La terapia interpersonal, desarrollada al final de los años sesenta por Gerald L. Klerman está centrada en aspectos psicosociales o interpersonales, por lo cual se considera como un modelo pragmático, cuyos fundamentos son principalmente empíricos (Pérez y García, 2003).

En el caso de la depresión, se centra en algunas áreas, como son el duelo, los conflictos con otras personas, la transición de roles o cambio de un papel social a otro y los déficits interpersonales o patrones disfuncionales para establecer relación con otros (Pérez y García, 2003).

Por tanto, desde este modelo, la depresión es una respuesta a la ruptura de relaciones interpersonales responsables de proporcionar apoyo social, causada por aspectos como la muerte de un ser amado, divorcio, rechazo, humillación, abuso, abandono emocional, aislamiento, cambios de edad, contexto o estatus social, y falta de habilidades o destrezas sociales, u otras circunstancias referentes a la relación establecida con los otros (Casullo, 2001, 2003; Yapko, 2006).

2.5.2.3. Teorías conductuales.

Las teorías conductuales sobre la depresión parten de las aportaciones de Skinner o del condicionamiento operante, éstas incluyen principalmente las propuestas de Ferster, Lewinson y Rehm.

2.5.2.3.1. Skinner.

Partiendo de las teorías del aprendizaje, Skinner (1953, en Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 2002), afirmaba que la depresión era el resultado de una reducción generalizada de la frecuencia de las conductas debido a la interrupción de reforzadores positivos establecidos por el ambiente social.

En su obra *Ciencia y Conducta Humana*, Skinner (1986, p. 194) considera a la depresión como una emoción o circunstancia emocional en la cual se presenta “un debilitamiento general de otras formas de conducta” y plantea a las emociones como estados de fuerza o debilidad de una o varias respuestas donde también intervienen hechos o acontecimientos externos, pasados o presentes.

2.5.2.3.2. Ferster.

A partir de los lineamientos propuestos por Skinner, Ferster (1965, en De Grado, 1998) aplicó la teoría del comportamiento al estudio de la conducta depresiva. Y explicó la depresión como “un estado emocional aversivo que es consecuencia de la extinción o retirada brusca del reforzamiento positivo” (Friedman y Thase, 1995, p. 646).

La teoría de Ferster sostiene que la depresión es debida a cambios ambientales que incluyen una tasa muy baja de reforzamiento, una reducción en las fuentes de

estímulos discriminativos y refuerzo de las conductas adaptativas, un reforzamiento negativo de conductas de evitación, mismas que conforman la depresión y castigo de las conductas no depresivas (Heiby y García-Hurtado, 1994; Lewinsohn, et al., 2002).

2.5.2.3.3. Lewinsohn.

De manera general, para Lewinsohn, la depresión se origina a partir de una tasa baja de reforzamiento positivo contingente a la conducta (Leahy & Holland, 2000).

Así, la conducta depresiva es propiciada por una carencia de recompensas y por contingencias aversivas, donde el entorno ambiental priva al individuo de cualquier reforzamiento y poco a poco, éste desarrolla un estado disfórico, caracterizado por una reducida tasa en la emisión de varias conductas (De Grado, 1998; González, 1998a).

Posteriormente, Lewinsohn, formuló tres hipótesis basadas en el planteamiento anterior, proponiendo la existencia de una relación causal entre la disminución de la tasa de reforzamiento positivo contingente a la conducta y el estado de disforia observado en las personas depresivas; considerando también la participación del ambiente social en el mantenimiento de las conductas depresivas; y prestando atención a la deficiencia de habilidades sociales presentes en las personas con depresión (Lewinsohn, et al., 2002; Persons & Fresco, 1997).

A partir de esto, se entiende que al haber una tasa baja de refuerzos positivos contingentes a las respuestas de un individuo se produce una disminución de conductas, como consecuencia un estado de ánimo deprimido, donde la emisión de conductas depresivas es favorecida por el medio social, el cual se muestra ante el individuo como compasión, atención y preocupación de los demás (Pérez y

García, 2003). Sin embargo, aunque al principio, esta respuesta del entorno parece positiva y reforzante, después se convierte en negativa y castiga al individuo si emite las conductas depresivas, contribuyendo a una disminución mayor de refuerzos (Orejudo y Froján, 1998).

Así mismo, la falta de habilidades de una persona para obtener reforzamiento, la hace incapaz de afrontar cualquier experiencia aversiva, disminuyendo su capacidad para disfrutar de los refuerzos disponibles y de las experiencias positivas y aumentando su sensibilidad ante eventos negativos (Casullo, 2001, 2003).

2.5.2.3.4. Rehm.

Rehm, desarrolló un modelo de autocontrol en el cual postuló que la conducta de las personas deprimidas se caracteriza por uno o más déficits en la conducta de autocontrol, es decir, en la autoobservación, autoevaluación y autoreforzo (Lewinsohn, et al., 2002).

En la fase de autoobservación, se presta mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos y se percibe a las consecuencias inmediatas como negativas, sin prestar atención a las consecuencias posteriores. En la autoevaluación o evaluación de la propia conducta, se utilizan criterios muy exigentes y se presentan errores de autoatribución. Y en el autoreforzo, se administran pocas recompensas y una mayor cantidad de castigos (Orejudo y Froján, 1998).

Cuando se presentan estos déficits, el sujeto no obtiene éxito al enfrentarse a situaciones adversas en las que se da una falta o pérdida de reforzadores, por tanto, no es posible mantener las conductas no depresivas (Heiby y García-Hurtado, 1994; Orejudo y Froján, 1998).

En las hipótesis mencionadas, se sostiene la disminución o ausencia de reforzamiento como la causa de la depresión, la cual puede ser debida a diversos factores. Sin embargo, ante esta situación, el individuo tendría que buscar nuevas fuentes de reforzamiento para superar la psicopatología presente (Froján, 1998).

2.5.2.4. Teorías cognitivas.

Estas teorías incluyen principalmente los modelos de la indefensión aprendida y la terapia cognitiva de la depresión, propuestos por Seligman y Beck respectivamente.

2.5.2.4.1. Seligman.

Seligman, en 1975, propone el modelo de la indefensión aprendida o de la desesperanza, donde la depresión es aprendida a partir de situaciones pasadas cuyas contingencias fueron indeseables y no fueron resueltas por el individuo de manera exitosa (González, 1998a).

Los episodios ocurridos en el pasado producen en el individuo un sentimiento de indefensión y se cree incapaz de controlar y afrontar las experiencias negativas de su vida (Barlow y Durand, 2003; Froján, 1998; Huerta, 1999).

El modelo de la indefensión aprendida es considerado como una teoría atribucional, ya que el individuo da explicaciones a los sucesos, tanto positivos como negativos, y tal como lo describen Herrera y Maldonado (2002, p. 271), “este modelo se centra en la forma en que los individuos explican su mundo, los eventos que le ocurren e incluso las emociones que experimenta en sí mismas”.

Así, el estilo atribucional de las personas deprimidas mantiene la presencia del trastorno y éstas hacen mayores atribuciones a los sucesos negativos, que a su vez, afectan sus expectativas futuras (Herrera y Maldonado, 2002; Leahy & Holland, 2000).

De esta manera, la cognición se convierte en un factor que predispone a la depresión y se concibe que el error es “creer que lo que aplica en una circunstancia, aplica en todas” (Yapko, 2006, p. 22).

2.5.2.4.2. Beck.

La terapia cognitiva de la depresión, considerada como un modelo de procesamiento de información, fue desarrollada por Aaron Beck a finales de la década de 1950; en ella postulaba que la conducta de un individuo está determinada principalmente por la forma en que estructura el mundo (Beck, 1967, 1976, en Beck, Rush, Shaw y Emery, 2005), por tanto, las cogniciones de dicho individuo determinan el origen y mantenimiento de trastornos emocionales (Bas y Andrés, 1996).

Una cognición es entendida como un pensamiento específico con un contenido verbal o gráfico (Beck, 1963, en Cameron y Vázquez, 1997), “una valoración de acontecimientos hecha desde cualquier perspectiva temporal (pasada, presente o futura)” (Beck, et al., 2005, p. 137). Las cogniciones de cada individuo se basan en actitudes o supuestos llamados esquemas desarrollados a partir de experiencias anteriores (Beck, et al., 2005).

Estos esquemas son estructuras o patrones cognitivos que constituyen la base de las interpretaciones acerca de diversas situaciones ocurridas en el entorno, su funcionamiento consiste en filtrar información y de ellos depende la forma en que cada persona estructura sus experiencias y las interpreta (De Grado, 1998).

Beck (1967, 1987, en Beck y Clark, 1997, p. 120), define los esquemas como “estructuras funcionales de representaciones de conocimiento y de la experiencia anterior, más o menos permanentes, que guían la búsqueda, codificación, organización, almacenaje y recuperación de la información” y su principal tarea es guiar los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo a través de la asignación de significados a los eventos ambientales, constituyendo el primer elemento importante del sistema de procesamiento de la información.

Pero en el caso de algunas personas, los esquemas funcionan de forma inadecuada, por lo que las interpretaciones que hacen a partir de estímulos ambientales se distorsionan y se presentan como negativas (Herrera y Maldonado, 2002). El funcionamiento de esquemas desadaptativos, caracterizados por ser rígidos, impermeables y concretos (Beck y Clark, 1997), representa un factor de riesgo para la adquisición de la depresión y conllevan a una percepción errónea, distorsionada y sesgada de la realidad (Casullo, 2001, 2003; Pérez y García, 2003; Yapko, 2006).

De acuerdo con Beck, estas distorsiones ocasionan el desarrollo y mantenimiento de la llamada “tríada cognitiva”, presente cuando la persona tiene pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo que le rodea y el futuro (Beck, et al., 2005; González, 1998a; Heiby y García-Hurtado, 1994; Orejudo y Froján, 1998; Persons & Fresco, 1997).

De esta manera, las personas con depresión atribuyen características negativas a cualquier aspecto de la vida y se sienten responsables de las situaciones ocurridas (Barlow y Durand, 2003).

Las distorsiones cognitivas o errores sistemáticos en el procesamiento de la información se caracterizan por ser automáticos y reciben el nombre de pensamientos automáticos negativos. Éstos hacen referencia a imágenes o contenidos verbales presentados de manera inesperada en el individuo (Cameron

y Vázquez, 1997); aunque se destacan por ser poco razonables, disfuncionales, repetitivos e idiosincrásicos (Beck, 1970, en Caro, 1991), son interpretadas por el individuo como “representaciones objetivas de la realidad y, por lo tanto, se toman como verdaderas. [Y] Dado que las cogniciones son automáticas, habituales y creíbles, el individuo raramente se detiene a probar su validez” (Beck, et al., 2005, p. 138) a pesar de las evidencias contrarias.

Se diferencian varios tipos de pensamientos automáticos negativos: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización y pensamiento absolutista y dicotómico (De Grado, 1998; Orejudo y Froján, 1998).

Beck (1967, en Beck, et al., 2005), los describe de la siguiente manera:

- *Inferencia arbitraria*: Ocurre cuando la persona hace una conclusión en ausencia de evidencia o cuando la evidencia es contraria a ella.
- *Abstracción selectiva*: En este caso, el individuo extrae un detalle de su contexto e ignora otras características de la misma situación, conceptualizando toda la experiencia en base a ese fragmento.
- *Generalización excesiva*: Es el proceso de elaborar una conclusión partiendo de hechos aislados y aplicarla a situaciones con o sin relación alguna.
- *Maximización y minimización*: Son distorsiones dadas a partir de la evaluación que hace un individuo sobre el significado o magnitud de un evento.
- *Personalización*: Es la tendencia de una persona a atribuirse a sí mismo eventos externos sin ninguna base.

- *Pensamiento absolutista, dicotómico*: Es la tendencia del individuo a clasificar todas sus experiencias en categorías opuestas, predominando categorías en un extremo negativo.

Así, para Friedman y Thase (1995), Leahy & Holland (2000), Pérez y García (2003), la teoría cognitiva de la depresión se conforma por varios elementos que interactúan entre sí, estos elementos son la tríada cognitiva, la estructura cognitiva formada por esquemas y los errores o pensamientos automáticos negativos.

Finalmente, esta teoría es resumida por Freeman y Oster (2002, p. 550) de la siguiente manera: “Las personas deprimidas no sólo procesan la información de maneras característicamente distorsionadas, sino que el contenido de sus pensamientos es también característicamente negativo y gira alrededor de determinados temas... [Es decir], pensamientos sobre uno mismo, el mundo o la experiencia, y el futuro”.

2.5.2.5. Modelo Cognitivo-Conductual.

Como se revisó, las teorías cognitivas y conductuales difieren respecto a los factores causantes de la depresión, sin embargo, Salinas (1998) destaca que ambas aproximaciones asumen la adquisición de patrones de reacción inadaptados, conductuales o cognitivos, que pueden ser desaprendidos en un tratamiento terapéutico.

Al considerar la participación de las cogniciones y las conductas para el desarrollo de diversos trastornos como la depresión, surgió el enfoque cognitivo-conductual, donde se integraron ambos modelos, el cognitivo y el conductual (Pérez y García, 2003).

Los modelos cognitivo-conductuales atribuyen considerable importancia a los procesos cognitivos involucrados en la interacción que se da entre el individuo y las situaciones ambientales (Casullo, 2001, 2003). Además, consideran la influencia del ambiente sobre la ocurrencia de las conductas, obedeciendo la función del estímulo-respuesta y sin olvidar los pensamientos que condicionan la percepción de la realidad (Huerta, 1999).

Por tanto, los factores cognitivos son los encargados de mediar la conducta y participar en el desarrollo de la depresión, en especial si el individuo ha presenciado eventos estresantes (Froján, 1998; Heiby y García-Hurtado, 1994; Persons & Fresco, 1997).

De esta manera, se han desarrollado o complementado teorías donde los acontecimientos, los pensamientos y las conductas tienen una relación estrecha y ejercen una influencia recíproca en la etiología y mantenimiento de la depresión (Freeman y Oster, 2002).

Para el presente proyecto, se considera que las variables cognitivas y las variables conductuales, como los patrones habituales de pensamiento, la forma en que las personas se enfrentan a diversas situaciones y la manera en que las perciben y actúan dentro de ellas, son aspectos de suma importancia que influyen en el origen y mantenimiento del trastorno. De esta manera, se considera al modelo cognitivo-conductual como un enfoque capaz de explicar los aspectos relacionados con la depresión y de lograr la recuperación de los pacientes depresivos, reduciendo, el riesgo de recaídas y posible recurrencia, situación que, al ocurrir, puede tener consecuencias graves.

2.6. Depresión, suicidio y comorbilidad con otros trastornos.

La presencia de depresión puede tener consecuencias desfavorables para el individuo, su familia y la sociedad, incluso, puede generar daños a la salud, afectando su mantenimiento. La mayoría de los resultados pueden ser letales, incluyendo el suicidio y el incremento de la mortalidad por enfermedades médicas, aunque otros efectos negativos de la depresión pueden ser a largo plazo como son daños en el funcionamiento diario y reducción en la calidad de vida de los pacientes (Stephen, 2000).

Como se mencionó, en el peor de los casos, el suicidio se ha considerado como un resultado inevitable de la depresión. Y de acuerdo con la OMS (2006), se calcula que la depresión ocasiona la pérdida de aproximadamente 850 000 vidas todos los años.

Esta organización estima que para el año 2020 aproximadamente un millón y medio de personas fallecerán por suicidio y de 15 a 30 millones cometerán una tentativa suicida, lo cual supone una muerte por suicidio cada 20 segundos y un intento suicida cada 1 o 2 minutos. Además, ha considerado que las tasas de suicidio a nivel mundial han aumentado en un 60% en las últimas décadas (OMS, 2000, en Jiménez, Sáiz, Paredes y Bobes, 2004).

En México, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2005) reportó un incremento en intentos de suicidio y en suicidios consumados en todo el país. González y Valdez (2005) indican que de 1980 a 1999 se presentó un incremento del 892% en intentos de suicidio y del 276% en suicidios consumados. Para el año 2000 este incremento era del 307% para suicidios y en el 2005 alcanzó un 428%, representando porcentajes superiores a las cifras registradas en 1980. Esto significa que en un período de 25 años, comprendidos entre 1980 y 2005, la depresión se ha convertido en un problema alarmante (ver Tabla 1).

Tabla 1. Estadísticas de intentos y suicidios consumados de 1980 a 2005.

Año	Número de intentos de suicidio	Número de suicidios consumados
1980	42	672
1985	108	1 036
1990	144	1 405
1995	232	2 428
2000	429	2 736
2001	422	3 089
2002	304	3 160
2003	222	3 327
2004	193	3 324
2005	227	3 553

Nota: INEGI (2005).

De la misma manera en que ha ido en aumento la tasa de suicidios, también se ha considerado la importancia de definir este término. Para Durkheim (1985, en Díaz, Bousoño y Bobes, 2004, p. 1) “se llama suicidio toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado...”. Pero, el comportamiento suicida no siempre tiene como intención morir, debido a que en algunas ocasiones existen otras intenciones como el chantaje o la demanda de atención de otras personas (Díaz, et al., 2004).

Así, se ven involucrados varios elementos, por un lado, el acto suicida o hecho por el cual el individuo se causa a sí mismo una lesión, independientemente de sus motivos y su intención; y por otro, se hablaría de intento de suicidio o acto cuyo resultado no es la muerte, y suicidio, en el que el acto suicida tiene como resultado la muerte del individuo (OMS, 1976, en Díaz, et al., 2004).

Sin embargo, la depresión no sólo se encuentra asociada a los comportamientos suicidas, sino que además presenta comorbilidad con otros trastornos tanto psíquicos como físicos.

Entre los problemas asociados comórbidamente con la depresión se encuentran problemas de ansiedad como estrés postraumático, conductas antisociales,

consumo de alcohol y dependencia a las drogas, trastornos del sueño y trastornos sexuales, entre otros (Casullo, 2001; Vázquez, et al., 2005).

Además, se asocia con enfermedades tales como hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca, cáncer, la enfermedad de Parkinson y Alzheimer, diabetes mellitus y SIDA (Basurte, 1998; Bedirhan, 2002; Rojtenberg, 2001; Stephen, 2000).

Para Ceverino, Baca, Díaz y Saiz (2004), esta comorbilidad entre el trastorno depresivo y otros diagnósticos de enfermedades somáticas o de trastornos que afectan la salud mental supone un factor de riesgo para el desarrollo e incremento del comportamiento suicida.

Ante las consecuencias generadas por este trastorno y la gran cantidad de personas afectadas, se considera de suma importancia tener en cuenta las características de aquellas que se encuentran en mayor riesgo.

2.7. Grupos vulnerables.

La depresión afecta a hombres y mujeres, sin importar edad, raza, estado civil, nivel cultural o nivel socioeconómico (Martínez, Sánchez, Delgado, Fernández y Rodríguez, 2003). Sin embargo, algunos grupos de la población son más vulnerables que otros, por ello, a continuación se describen brevemente las características presentes en cada uno.

2.7.1. Mujeres.

El riesgo para desarrollar el trastorno parece afectar más a las mujeres ya que suelen padecerla de 2 a 3 veces más que los hombres, por tanto, cerca del

70% de los individuos con trastorno depresivo son mujeres (Bernardo, 2000; Rojtenberg, 2001; Strock, 2002).

Esta diferencia se ha atribuido a una mayor vulnerabilidad de la mujer ante los factores sociales negativos y a un menor reconocimiento del trastorno depresivo en los hombres (Pérez, Costero y Martín, 2004).

En algunas sociedades, las mujeres experimentan mayor discriminación, pobreza, acoso y agresión sexual que los hombres, además, las mujeres solteras, divorciadas o viudas son más propensas a experimentar depresión en comparación con los hombres que se encuentran en las mismas condiciones. Algunas mujeres tienen un alto riesgo al enfrentarse a una mayor cantidad de responsabilidades como encargarse del cuidado de los hijos, del mantenimiento del hogar o de un empleo o por ser madres solteras (Barlow y Durand, 2003).

Entre otros factores que pueden contribuir a la presencia de la depresión en las mujeres, se encuentran también los hormonales, en particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto y la menopausia (Strock, 2002).

2.7.2. Hombres.

En cambio, los hombres tienen menor probabilidad de sufrir depresión, sin embargo, cuando este trastorno se presenta, es difícil diagnosticarlo debido a la dificultad del hombre para admitirlo y porque se expresa en forma de alteraciones de conducta como comportamientos antisociales y alcoholismo (Pérez, et al., 2004).

2.7.3. Ancianos.

Las personas mayores de 65 años constituyen un grupo con alta incidencia de trastornos como la depresión (Bernabé, 1998).

De acuerdo con Bousoño, Sáiz, González y Bobes (2003) y Montes (1998a), el anciano enfrenta una serie de factores que complican de forma considerable su situación clínica. Estos factores incluyen presencia de acontecimientos vitales de pérdida, disminución de capacidades físicas, dificultades económicas, situaciones de aislamiento y soledad, presencia frecuente de enfermedades, expectativa de vida corta y deterioro cognitivo.

Las personas ancianas suelen enfrentarse a pérdidas múltiples como la muerte de la pareja o de amigos, presentándose la necesidad de afrontar la pérdida de los demás o incluso la muerte propia, lo cual puede ocasionar depresión. También la adaptación a la jubilación o a un estado de improductividad y la falta de flexibilidad en la sociedad para insertar laboralmente a los ancianos incide en ellas generando sentimientos de deficiencia (Bernabé, 1998).

Por otra parte, la disminución de apoyo social, familiar, económico y la presencia de enfermedades, que caracterizan esta etapa de la vida, dificultan el afrontamiento de las adversidades y el resultado psicológico es la depresión, la cual, a su vez, puede aumentar la vulnerabilidad a otras enfermedades (Barlow y Durand, 2003).

2.7.4. Adolescentes.

En los adolescentes, el trastorno depresivo es similar al que presentan los adultos, pero a diferencia de estos últimos, la comorbilidad con otros problemas es más frecuente en los adolescentes, hay una mayor búsqueda de tratamiento y,

contrariamente una mayor frecuencia de intentos suicidas (De La Peña, Ulloa y Paez, 1999).

2.7.5. Niños.

Según Rojtenberg (2001), la edad de aparición del trastorno depresivo es cada vez más temprana, lo que incrementa el riesgo de recurrencia y cronicidad.

Algunos factores involucrados en la aparición de depresión en los niños son la presencia de un trastorno psicológico severo en un miembro de la familia, situaciones de pobreza, disfunción familiar, muerte de familiares o personas cercanas, abandono afectivo o la comorbilidad con otros trastornos (De La Peña, et al., 1996), como serían trastornos de ansiedad, trastornos por déficit de atención y problemas de conducta (Bragado y García-Vera, 1998).

Se manifiesta cuando el niño simula estar enfermo, se rehúsa a ir a la escuela, no quiere separarse de sus padres, se pone de mal humor, es travieso o indisciplinado (Casullo, 2001, 2003; Strock, 2002); además, manifiesta sentimientos de culpa, baja autoestima y quejas físicas (Toro, 2000), y a diferencia de las niñas, los niños pueden ser agresivos y/o destructivos (Barlow y Durand, 2003).

Por esta situación, la depresión puede tener serias repercusiones en el funcionamiento futuro del niño, incluso durante su edad adulta y en varios aspectos de su vida, lo cual implicaría “una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico” (Benjet, et al., 2004, p. 418).

En resumen, la depresión se ha convertido en un problema que afecta a una gran cantidad de personas en todo el mundo y, año con año, las cifras han ido en aumento. Por ello, es sumamente importante proporcionar definiciones y realizar

una delimitación de sus síntomas, permitiendo así una identificación e intervención más oportunas.

Ante ello, se han propuesto modelos cuya finalidad es explicar la etiología y el curso de este trastorno; entre los modelos teóricos se han mencionado el biológico y el psicológico, mismo que incluye las teorías psicoanalíticas, interpersonales, conductuales y cognitivas; de éste último modelo teórico se ha destacado el cognitivo-conductual, donde se considera la influencia de varios factores como los cognitivos y los conductuales principalmente, para la aparición y desarrollo de la depresión.

Dentro del enfoque cognitivo-conductual se consideran los acontecimientos externos, los pensamientos y las conductas como factores que participan en el surgimiento de este trastorno. Además se considera que tanto las teorías conductuales como cognitivas, al emplearlas de manera conjunta, proporcionan herramientas útiles para el abordaje eficaz de desórdenes como la depresión.

Es importante destacar que el psicólogo clínico no sólo debe considerar los posibles factores causantes de la depresión y sus síntomas, sino que también puede presentarse comórbidamente con otros trastornos o incluso enfermedades y puede ser un problema cuya consecuencia más grave es el suicidio.

Así, la depresión es considerada como un desorden que puede ser crónico o recurrente y puede llevar a un deterioro sustancial en la habilidad de un individuo para realizar cualquier actividad. Y aunque no todas las personas experimentan lo mismo, la depresión genera serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social u ocupacional de los individuos, ya sean niños, adolescentes, adultos o ancianos.

CAPÍTULO 3.

DEPRESIÓN INFANTIL: UNA REALIDAD EN LA SOCIEDAD.

En la actualidad, la depresión es considerada un problema de repercusiones tanto personales como sociales, que afecta de manera creciente a un gran número de personas en todo el mundo (Del Barrio, 1997).

Un punto que ha generado preocupación es la presencia de trastornos emocionales y conductuales entre la población infantil (Fielding, 1997), entre ellos la depresión.

3.1. Aceptación de la depresión infantil en el ámbito psicológico y primeras investigaciones.

Antes de la década de 1970, dentro de los marcos teóricos más representativos del ámbito psicológico, se negaba la existencia de la depresión infantil (Doménech, 1999).

Por un lado, el psicoanálisis consideraba a la depresión como la pérdida de la estima del yo, el cual se constituía hasta la adolescencia; por tanto, al no estar aún constituido en el niño, era imposible el desarrollo de la depresión (Del Barrio, 2000a, 2006).

En el caso del conductismo, interesado en la conducta manifiesta, la depresión era una conducta interiorizada, que al igual que otras emociones no podía ser observada ni estudiada de manera objetiva y por estas cuestiones metodológicas no mostró interés en su estudio (Del Barrio, 1997, 2000a).

Posteriormente, estas razones teóricas y metodológicas proporcionadas por el psicoanálisis y el conductismo se hicieron insostenibles ante el ascenso de las

posturas cognitivas, las cuales mostraron gran interés en explicar la conducta manifiesta como consecuencia de los procesos intelectuales y se centraron en el estudio de las conductas interiorizadas y los aspectos cognitivos involucrados en la depresión (Bragado y García-Vera, 1998; Del Barrio, 2000b).

Antes de este hecho tan importante, hacia la década de 1940 y 1950, Spitz y Bowlby realizaron los primeros estudios sobre depresión infantil (Calderón, 2001). Spitz fue el primero en destacar la presencia de cuadros clínicos y cambios en el comportamiento de niños institucionalizados en hospicios y que habían sido separados de sus madres (Del Barrio, 1997; Martínez-Otero, 2007).

La conducta de estos niños se manifestaba a través de una fase de protesta con presencia de llanto y gritos; una fase de apatía caracterizada por una falta de interés por las cosas, pérdida de apetito, alteraciones en el sueño y ausencia de conductas comunicativas; y una última fase de inmovilidad y pérdida de contacto con el entorno (Del Barrio, 2000a).

A este conjunto de síntomas originados a partir de la interrupción brusca de la relación entre la madre y el niño, le asignó el nombre de hospitalismo o depresión anaclítica (Spitz y Wolf, 1946, en Del Barrio, 1997). El hospitalismo se refería a los niños trasladados a lugares donde eran desprovistos de una estimulación materna adecuada, mientras que la depresión anaclítica hacía referencia a la falta de atención materna durante la primera infancia (Calderón, 2001). Spitz realizó estas conclusiones a partir de una metodología objetiva que incluyó observación directa y descripción detallada de la conducta infantil (Del Barrio, 2000a; Doménech, 1999).

Bowlby corroboró los hallazgos de Spitz y otorgó un papel importante a los procesos de duelo patológico surgidos ante la separación de un niño de su madre y destacó la importancia de los vínculos afectivos, a los que designó como apego (Martínez-Otero, 2007).

Para Bowlby (1958, en Del Barrio, 2000a) la depresión anaclítica ocurre cuando se ha perdido a la persona con quien el niño ha establecido un vínculo y señalaba que un niño separado de su madre y privado de sus atenciones sufría cambios manifestados en tres fases: protesta caracterizada por llanto y agitación; desesperación manifestada por un estado de tristeza y desesperanza con llanto cada vez menos intenso; y aislamiento, desvinculación o distanciamiento afectivo donde el niño se desliga de cualquier contacto con otra persona (Calderón, 2001; Martínez y Casado, 1997).

Para ambos, la depresión se manifiesta a partir de la separación de la madre y cuando el niño es institucionalizado sin tener oportunidad de establecer un vínculo con un cuidador sustituto (González, 1998b). Así, las experiencias de privación y la falta prolongada de estímulos afectivos interfieren con el desarrollo emocional del niño (Martínez y Casado, 1997).

En un principio, estas aportaciones no fueron consideradas y como consecuencia, en esa época, no fue reconocida la presencia del trastorno en los niños. Fue hasta que en un congreso celebrado en la ciudad de Estocolmo en 1971, se consideró por primera vez la existencia de la depresión infantil (Del Barrio, 1997) y a partir de ese momento comenzó su estudio de manera formal y la publicación de numerosas investigaciones (García y Rodríguez, 2000).

En 1975, la depresión infantil fue aceptada por la comunidad científica y su existencia fue reconocida por el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH) en Estados Unidos (Del Barrio, 2000a). Y en 1980, el DSM-III, admitió la posibilidad de diagnosticar la depresión infantil con los mismos criterios de la depresión adulta y fue incluida dentro de ellos (Sood & Sood, 2000).

Ahora, la depresión es aceptada, no como un síntoma sino como un trastorno afectivo de la infancia, cuya existencia es una realidad (Carey, 1993; Doménech, 1988).

3.2. Prevalencia de la depresión infantil.

El trastorno depresivo es reconocido como una causa importante de morbilidad y mortalidad durante la infancia (Emslie & Mayes, 2000). Aunque este problema afecta con menor frecuencia al grupo de edad infantil, resulta evidente su considerable aumento, sobre todo a medida que asciende la edad (Barlow y Durand, 2003). Al respecto, se estima que los niños mayores de siete años tienen mayor probabilidad de presentar cualquier trastorno mental en comparación con los de 5 a 7 años (Rico, et al., 1998).

Cabe señalar que antes de los 12 años de edad, existe una proporción 1:1 entre las niñas y los niños con depresión, misma que a partir de la adolescencia se modifica presentándose con una frecuencia mayor en el sexo femenino y superando de dos a tres veces más las tasas de prevalencia para el sexo masculino (Bernardo, 2000; De La Peña, et al., 1996; Moore & Carr, 2001; Vivar, Pacheco, Adrianzen, Macciotta y Marchena, 2005).

Actualmente, se estima que entre el 2 y el 3% de los niños de la población general sufren depresión (Carey, 1993; Instituto de Salud del Estado de México [ISEM], 2006).

Entre el primer y quinto año de vida, se calcula una prevalencia del 0.3 al 1%, mientras que entre los 6 y los 12 años de edad varía de 2 a 8%, incrementando la proporción de casos con la edad (Méndez, 2001).

En el caso de la depresión mayor se estima una prevalencia de 2 a 4% y un índice de 6 a 8% para la distimia en la población infantil de los países desarrollados (Del Barrio, 2000a). Mientras que para Vivar, et al. (2005), las tasas de prevalencia oscilan entre 1 y 3% para el trastorno depresivo mayor y una prevalencia de 1% para la distimia.

Por otra parte, se calcula una edad de inicio de 8 a 9 años para la distimia y de 10 a 11 años para el trastorno depresivo mayor (De La Peña, et al., 1996). Barlow y Durand (2003) apoyan que en los niños más pequeños el trastorno distímico es más frecuente en comparación con el trastorno depresivo mayor.

Sin embargo, no hay que olvidar que sea cual sea el nivel o la tasa de afectación en los niños, la depresión representa un riesgo importante para su futuro (Doménech, 1999), cuyas consecuencias pueden ser fatales.

3.3. Depresión infantil, suicidio y comorbilidad con otros trastornos.

Tanto en la población adulta como en la población infantil, el trastorno depresivo es considerado un factor importante que influye en la presentación de ideas y conductas suicidas (Sevilla, Parellada, Moreno, Basurte y Arango, 2004; Waslick, Kandel y Kakouros, 2003). Se calcula que aproximadamente tres cuartas partes de los suicidios se relacionan con la presencia de este problema (OMS, 2001).

Aunque estas tendencias ocurren con menor frecuencia entre los niños deben ser tomadas en cuenta como un problema serio (Friedberg y McClure, 2005; Méndez, 2001; Sood & Sood, 2000), especialmente porque en menores de 15 años ha habido un incremento alarmante (OMS, 2001).

Durante el 2005, en México se registró un total de 227 intentos de suicidio y 3553 suicidios, de los cuales 15 intentos y 139 suicidios ocurrieron en personas menores de 15 años, lo que corresponde a un 6.6 y 3.9% respectivamente (INEGI, 2005).

En el D. F. ocurrieron 208 suicidios, 9 de ellos (4.3%) en menores de 15 años; mientras que en el Estado de México se registraron 84 casos, 11 de los cuales (13%) ocurrieron en menores de dicha edad (INEGI, 2005).

Myers, McCauley, Calderón y Treder (1991, en Del Barrio, 1997) estiman que el 72% de las personas deprimidas de 7 a 17 años de edad, tiene ideas de suicidio. Incluso, se ha considerado la aparición de intentos suicidas a partir de los 5 años de edad (Calderón, 2001; Méndez, 2001) y se han conocido casos de niños de 7 años que han cometido el acto suicida con éxito (Sood & Sood, 2000).

Por otro lado, también puede existir una comorbilidad de la depresión con otras alteraciones psicológicas como ansiedad, hiperactividad o problemas de conducta (Bragado y García-Vera, 1998; Del Barrio, 1997, 2000a, 2006; Moore & Carr, 2001).

Esta comorbilidad entre psicopatologías puede producir confusión y hacer muy difícil el diagnóstico especialmente porque en la depresión se presentan muchos síntomas interiorizados y porque algunos de tipo exteriorizado pueden ser similares a los presentes en otras alteraciones (Del Barrio, 2000b).

Además de esto, la depresión se ha asociado con otros problemas de tipo físico como insuficiencia renal, enfermedades cardíacas, cáncer y otras enfermedades crónicas que ameriten la hospitalización del niño o la disminución de actividades (Calderón, 2001).

Ante esta situación, es indispensable evaluar la presencia de síntomas depresivos o de otras alteraciones y la posible existencia de tendencias suicidas en los niños. Para realizar esto, es preciso elaborar una definición clara que permita la identificación del trastorno depresivo.

3.4. Definición.

De acuerdo con Del Barrio (2000b, p. 255-256), la depresión infantil es un “Cambio persistente en la conducta de un niño consistente en un descenso de su capacidad de disfrutar de los acontecimientos, de comunicar con los demás y rendir en sus áreas de competencia en relación con sus posibilidades, y que se acompaña además de acciones de protesta plural”.

Asimismo, la depresión, ya sea en el adulto o en el niño, es una condición problemática que supone una pérdida de adaptación del sujeto ante las circunstancias de la vida (Pérez y García, 2001). Y también puede ser entendida como “un desajuste en la regulación de la intensidad y duración de la tristeza, que se produce por muy diversos motivos” (Del Barrio, 2006, p. 115).

En este proyecto, la depresión infantil se define como un trastorno con cambios negativos en el estado de ánimo del niño, manifestado principalmente a través de tristeza o irritabilidad, así como una variedad de síntomas cognitivos, conductuales y somáticos, que en conjunto afectan el desempeño del pequeño en diversas actividades, desde escolares y sociales, hasta recreativas. Este trastorno puede aparecer en cualquier etapa del desarrollo infantil, y a diferencia de la depresión adulta, su presentación varía de acuerdo con la edad, siendo un trastorno evolutivo capaz de continuar hasta edades posteriores.

3.5. Carácter evolutivo de la depresión infantil.

Es aceptado que la depresión tiene un carácter evolutivo, por tanto existe un continuo psicopatológico que puede comenzar desde la niñez y continuar hasta la edad adulta. Esto significa que la depresión infantil puede persistir meses o incluso años, lo cual aumenta el riesgo de seguir presentando depresión en la adolescencia y en etapas posteriores de la vida (Doménech, 1988); sobre todo si no es tratada oportuna y adecuadamente (Del Barrio, 2000a).

Partiendo de esto, es comprensible que la depresión infantil tenga ciertas similitudes con la depresión adulta (Calderón, 2001; Del Barrio, 2000b; Vivar, et al., 2005). Sin embargo, como entidad psicopatológica tiene cierta autonomía, no independencia, del trastorno en los adultos (Polaino y Villamizar, 1988).

Así, se entiende que las características y presentación clínica de algunos síntomas sólo se modifican (Bragado y García-Vera, 1998; Sood & Sood, 2000). Por ello, la depresión del adulto y la del niño pueden diferenciarse por la duración y frecuencia de los síntomas, y por las manifestaciones clínicas involucradas en el desarrollo de varias áreas, como la afectiva (De La Peña, et al., 1996).

Pero no sólo existe una variación en la presentación de los síntomas, sino que además, la depresión infantil posee síntomas específicos que la distinguen de la depresión adulta debidos a la inmadurez biológica del niño, el cambio físico acelerado y la dependencia a los adultos, y cuyo carácter es principalmente interiorizado (Del Barrio, 2000b).

3.6. Sintomatología.

La depresión infantil es un problema complejo constituido por un amplio rango de síntomas como son un estado de ánimo triste, anhedonia o pérdida de

interés y de placer por realizar actividades que resultaban agradables y motivadoras con anterioridad, aburrimiento, baja autoestima, disforia, problemas de peso y apetito (ganancia o pérdida), problemas de sueño (insomnio o hipersomnias), fatiga o pérdida de energía, agitación o retraso motor, retraimiento y aislamiento social, irritabilidad (que en varias ocasiones puede sustituir a la tristeza), enuresis, actos de rebeldía, llanto, rendimiento escolar deficiente, quejas somáticas como dolores abdominales, musculares, cefaleas y dolor de garganta, sentimientos de culpabilidad, soledad, desesperanza, abatimiento, problemas de atención, concentración y memoria, problemas para tomar decisiones, problemas de conducta como discusiones y agresiones, pensamientos negativos, ideas de suicidio y deseos de muerte (Calderón, 2001; García y Rodríguez, 2000; Méndez, 2001; Ramírez y Ramírez, 1999; Sood & Sood, 2000; Waslick, et al., 2003).

Todos estos síntomas son agrupados en varias categorías o niveles, de esta manera se encuentran síntomas conductuales o motores, cognitivos y afectivos, fisiológicos o psicósomáticos, e interpersonales o sociales (Del Barrio, 1997, 2000b, 2006; Friedberg y McClure, 2005; Moore & Carr, 2001; Pérez y García, 2001):

- *Conductuales o motores*: se refieren a protestas, peleas, oposicionismo, desobediencia, rabietas, agresiones, indisciplina escolar, delincuencia, alteraciones en el lenguaje, inexpresividad facial, letargo, enlentecimiento o agitación psicomotora, inmovilidad, torpeza y llanto.
- *Cognitivos y afectivos*: incluyen disforia, tristeza, anhedonia, falta de concentración, problemas de atención y de memoria, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima, irritabilidad, ansiedad, ideas mórbidas, pensamientos negativos e ideas de suicidio.
- *Psicósomáticos*: se refiere a un malestar físico expresado como enuresis, encopresis, pérdida de energía, astenia o fatiga, pérdida de peso, dolor,

pesadillas, alteraciones del sueño y del apetito, baja defensa inmunológica, dermatitis y alergias.

- *Interpersonales*: se manifiestan en un deterioro en la relación con la familia, amigos, maestros y otras personas, incluyen aislamiento, soledad, retraimiento, evitación e incompetencia social.

Asimismo, los síntomas de la depresión infantil pueden manifestarse como problemas exteriorizados de conducta o problemas interiorizados. Entre los problemas exteriorizados se encuentran descenso en el rendimiento académico, enuresis, agresividad, rabietas y desobediencia. Mientras que los problemas interiorizados incluyen tristeza, atribuciones negativas, autoconcepto negativo, insatisfacción y quejas somáticas (Del Barrio, 2000a).

Al revisar estos síntomas, no cabe duda que la depresión infantil comparte características comunes con la depresión adulta, sin embargo, cuenta con otros síntomas que aparecen sólo en los niños (Del Barrio, 2006). Por esta razón García y Rodríguez (2000) consideran a la depresión infantil como un conjunto mixto de síntomas propios que comparte síntomas comunes con la depresión de los adultos.

Cabe destacar que la depresión tanto adulta como infantil, “es un trastorno emocional que se caracteriza por ciertas vivencias subjetivas y ciertas conductas observables [...] que impide a los sujetos que la padecen no sólo el disfrute de la vida, sino, en los casos más graves, el desempeño de las tareas habituales más elementales e incluso el deseo de seguir vivo” (Del Barrio, 2000a, p. 17-18).

Pero, a diferencia de la depresión adulta, la depresión infantil tiene una duración más prolongada (mayor de 12 meses), presenta menos síntomas relacionados con el sueño como insomnio y menos alteraciones en la conducta alimentaria, así como más sentimientos de culpa (Bousoño, Sáiz, et al., 2003). Y además de estos

aspectos diferenciales, Ramírez y Ramírez (1999) mencionan la manifestación de quejas somáticas, el rechazo social y la irritabilidad como habituales en la población infantil que padece depresión.

De esta manera, síntomas como aburrimiento, soledad, inexpresividad, desesperanza, problemas de conducta, rebeldía, oposición o desobediencia, protestas, peleas, rabietas, irritabilidad, problemas de memorización, dolor físico, enuresis, ansiedad y problemas en el rendimiento escolar, son los más característicos y específicos de la depresión infantil (Calderón, 2001).

3.7. Edad de aparición.

De acuerdo con Méndez (2001) y Waslick, et al. (2003), es reconocido que la depresión puede presentarse a cualquier edad. Sin embargo, existen muchas dudas sobre la edad precisa de aparición o inicio en la infancia y se ha considerado la posibilidad de que se presente desde los primeros meses de vida (Del Barrio, 2000b), incluso desde el nacimiento (Doménech, 1999).

Ante este hecho, los síntomas de la depresión infantil pueden ser separados de la siguiente manera: de los 0 a los 3 años, de los 3 a los 6 años y de los 6 a los 12 años de edad.

En el caso de los pequeños cuya edad se encuentra entre los 0 y los 3 años, Haffi y Shaffi (1992, en Doménech, 1999), proponen que la depresión tiene como principales características la disforia manifestada a través de tristeza o inexpresividad, retraso en el desarrollo motor, cognitivo, del lenguaje y del control de esfínteres, alteraciones de la conducta alimentaria y del sueño, pérdida de interés por objetos y juegos, así como desconfianza. En esta etapa, los síntomas son principalmente de carácter motor (Del Barrio, 2000b).

De los 3 a los 6 años de edad, o etapa preescolar, además del humor disfórico, se presentan llanto, retraimiento y rechazo social, quejas psicósomáticas, aburrimiento, cansancio, disminución del apetito, problemas del sueño, además de enuresis o encopresis (González, 1998b).

Entre los 6 y los 12 años, o edad escolar, se presenta dentro de la sintomatología depresiva, tristeza, llanto, irritabilidad, ansiedad, desinterés, falta de motivación, anhedonia, pérdida o aumento de apetito, pérdida de energía, agitación o inhibición psicomotriz, alteraciones del sueño, problemas de concentración, fracaso escolar, sentimientos de inutilidad o culpa, sentimientos de inferioridad y baja autoestima, ideación suicida, autoagresión y somatización (Martínez-Otero, 2007). A esta edad, los niños comienzan a presentar pensamientos negativos y pueden presentar problemas serios de conducta que pueden ser destructivos (González, 1998b).

Como se puede observar, incluso durante la infancia existe cierta variación y cierta homogeneidad de los síntomas depresivos, presentándose ligeros cambios psicopatológicos en cada etapa del desarrollo infantil. Conforme el niño crece, se presenta un aumento de los síntomas interiorizados y una disminución de la conducta motora relacionada con la depresión infantil (Del Barrio, 2000b). Para Méndez (2001), estas variaciones en cada etapa del desarrollo infantil dependen de los cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren con la edad. Además, la influencia de diversos factores puede propiciar aún más el desarrollo de esta psicopatología.

3.8. Etiología.

La vida de cada individuo, desde el nacimiento hasta la vejez, está llena de acontecimientos tanto positivos como negativos. Sin embargo, cuando se producen sucesos negativos severos o hay una acumulación de ellos y el sujeto

no es capaz de enfrentarlos, puede desarrollarse una depresión (Del Barrio, 2000a).

Al igual que los adultos, los niños están expuestos a una serie de estímulos y experiencias de intensidades muy diversas, sin embargo, en muchas ocasiones su impacto depende de las condiciones y del significado que éstos les atribuyan. Así, el efecto producido por un factor puede o no representar un riesgo para cada niño y el origen de la depresión dependerá de la vulnerabilidad o de la resistencia del niño ante los factores de riesgo (Doménech, 1988).

Para considerar la presencia de un trastorno depresivo se debe considerar la participación e interacción de algunas variables como la edad de comienzo, la vulnerabilidad del niño, el estrés ambiental y los elementos capaces de evitar el problema (Del Barrio, 2000b).

3.8.1. Factores de riesgo.

Existen varios factores que intervienen en el desarrollo de la depresión infantil (García y Rodríguez, 2000), por tanto, sus causas son múltiples y puede presentarse un acontecimiento negativo lo suficientemente intenso y grave para hacer al niño vulnerable (Del Barrio, 1997); o por el contrario, pueden ser acumulados a través de cierto tiempo o pueden actuar de manera conjunta, incrementando la posibilidad de ocurrencia de este trastorno (Sood & Sood, 2000). No se debe olvidar que el trastorno depresivo no tiene una causa exacta (Waslick, et al., 2003), sino causas posibles o factores que hacen vulnerable al niño, por ello, se hace referencia a factores de riesgo.

Los factores de riesgo más importantes que aumentan la probabilidad de ocurrencia de un trastorno depresivo durante la niñez incluyen depresión materna, relación conflictiva entre los padres, separación, divorcio, falta de supervisión,

rechazo o distanciamiento de los hijos, actitudes coercitivas y establecimiento de normas de crianza inadecuadas o rígidas dentro de la familia, sobreprotección, vivir en hogares de padre único, conflictos entre hermanos, descenso de la comunicación o falta de ella, críticas frecuentes, ruptura de la relación de apego o vínculo afectivo entre el niño y otras personas significativas como son los padres por muerte, abandono o institucionalización, falta de un sustituto materno adecuado, maltrato y abuso psicológico, físico o sexual (Bernardo, 2000; Bragado y García-Vera, 1998; Calderón, 2001; García y Rodríguez, 2000; ISEM, 2006; Martínez-Otero, 2007; Rico, et al., 1998).

En el caso de la depresión materna se haría referencia, no a la influencia de factores genéticos, sino a la insuficiente e inadecuada atención que el niño recibe (Sood & Sood, 2000) y entendiendo que una madre deprimida es incapaz de cuidar y atender de manera adecuada las necesidades del pequeño lo que reduce sus posibilidades de estimulación, actividad, refuerzo y comunicación (Barlow y Durand, 2003; Méndez, 2001).

Cabe señalar que algunos factores como el divorcio no son los causantes propios de la depresión sino las circunstancias unidas a ellos como serían la mala relación entre los padres, la pérdida de contacto con alguno de ellos, entre otros (Calderón, 2001; Del Barrio, 2000a, 2000b; Rico, et al., 1998).

Pero, sea cual sea la situación por la que atravesase el niño, se concluye que cualquier carencia de estabilidad y afectividad de los padres puede desencadenar la aparición de la depresión infantil ya sea a edades tempranas o hasta la adolescencia (Olsson, Nordström, Arinell & von Knorring, 1999, en Del Barrio, 2000a). De ahí la importancia de la interacción familiar con el niño, incluida la relación de apego. El apego es entendido por Bowlby (1982, en Del Barrio, 2000b) como la relación afectiva establecida entre la madre y su hijo, o entre el niño y otra persona que desempeñe el papel de una madre.

La ausencia o ruptura de apego, por inadecuada interacción verbal y expresiva de la madre hacia su hijo, produce inestabilidad emocional en el niño y en algunos casos se convierte en un factor de riesgo para la depresión infantil (Del Barrio, 2000b).

La ruptura de este vínculo puede ser ocasionada por muerte de la madre, abandono o institucionalización, así como por la falta de un sustituto adecuado con quien el niño pueda establecer una nueva relación. Al respecto, Steinhausen y Reitzle (1996) confirman la aparición de problemas emocionales como la depresión en niños institucionalizados. Por tanto, la falta de este vínculo se traduce en la falta de satisfacción de las necesidades físicas y mentales del niño (Del Barrio, 2000a, 2000b).

3.8.2. Factores protectores.

Dada la existencia de una gran cantidad de acontecimientos negativos que resultan inevitables e incontrolables, el individuo debe contar con habilidades y capacidades que le permitan hacer frente a los problemas, resolverlos y superar los efectos que en él produzcan; alcanzando así un equilibrio emocional (Del Barrio, 2000a).

Para que un niño alcance dicho equilibrio es indispensable dotarlo de recursos suficientes para enfrentarse a las circunstancias positivas o negativas de su vida, así, será capaz de superar la adversidad y podrá disfrutar del contacto con otras personas y de las experiencias mismas (Del Barrio, 2000a).

De esta manera, la vulnerabilidad o resistencia del niño ante la depresión, también dependerá de los factores de protección presentes. Los factores protectores hacen referencia a la existencia de elementos capaces de proteger al niño de la depresión (Del Barrio, 2000b).

Durante la niñez, el factor protector más importante lo constituye la familia y todos los elementos involucrados dentro de ella, como son la comunicación afectiva, el apoyo brindado a cada uno de sus miembros, el establecimiento de reglas, la promoción de hábitos adaptativos, el apego, la presencia de la madre o de un sustituto materno adecuado (Doménech, 1988); la realización de actividades agradables tanto dentro como fuera de la familia, la interacción con otros niños, además del entorno social y las características personales del propio niño, como su capacidad de autocontrol, su capacidad para resolver problemas y para soportar el estrés o la frustración (Del Barrio, 2000a).

Así, cualquier programa dirigido a brindar atención a la población infantil con depresión debe tomar en cuenta tanto los factores de riesgo como los factores protectores que hacen al niño resistente a este trastorno (Del Barrio, 2006). Para detectar dichos factores se han elaborado explicaciones sobre su origen y mantenimiento, los cuales han partido de los modelos teóricos existentes.

3.9. Modelos explicativos.

Actualmente, los modelos desarrollados para explicar la depresión adulta han extendido sus teorías a la depresión infantil y por el momento no se han elaborado modelos específicos (Bragado y García-Vera, 1998). De esta manera, también se hace referencia a las teorías biológicas y a las teorías psicológicas.

3.9.1. Teorías biológicas.

Las teorías biológicas consideran a la depresión como un trastorno originado por una disfunción de los mecanismos neurofisiológicos implicados en la regulación de la conducta y las emociones (Del Barrio, 1997, 2006).

Entre las teorías más representativas de este modelo se encuentran aquellas que destacan la herencia, las alteraciones en los neurotransmisores (norepinefrina, noradrenalina, serotonina) y del sistema endocrino (cortisol, hormona del crecimiento, tiroxina, melatonina), y las alteraciones estructurales del cerebro como causas principales de la depresión (Del Barrio, 1997; Méndez, 2001).

Sin embargo, aunque las investigaciones realizadas en adultos tienen ciertos resultados, en el caso de los niños pueden variar enormemente, lo que dificulta la extensión de estas teorías al grupo de edad infantil (Polaino y Villamisar, 1988).

3.9.1.1. Factores genéticos.

Esta teoría sugiere la presencia de un componente genético en los casos de depresión infantil (Waslick, et al., 2003) y basa su hipótesis en el supuesto de que los individuos tienen mayores probabilidades de presentar depresión si anteriormente sus familiares han sido afectados por el trastorno (Del Barrio, 2000b). Hasta ahora no ha sido posible descubrir ni aislar un marcador genético relacionado con el trastorno depresivo y resulta difícil apoyar esta hipótesis (Del Barrio, 1997).

3.9.1.2. Factores neuroquímicos.

La teoría neuroquímica sostiene que la depresión se debe a un déficit en el funcionamiento de los neurotransmisores, en especial de monoaminas como las indolaminas (serotonina) y las catecolaminas (norepinefrina y dopamina) (Méndez, 2001; Waslick, et al., 2003).

Pero, en el caso de los niños, la realización de estudios en el sistema de neurotransmisión ha sido complicada debido a la continua maduración del sistema nervioso y no se han tenido resultados concluyentes que comprueben una disminución en la secreción de las monoaminas en los pacientes deprimidos (Sood & Sood, 2000).

3.9.1.3. Factores endocrinos.

En esta hipótesis se considera que la depresión es causada por la aparición de una alteración en el sistema neuroendocrino, específicamente por una alteración hormonal (Del Barrio, 2000b; Waslick, et al., 2003).

En el caso de los niños con depresión, se han detectado altos niveles en el ritmo de secreción de cortisol (Del Barrio, 1997, 2000a; Méndez, 2001; Sood & Sood, 2000), sobre todo después de una crisis o de un episodio de separación (Del Barrio, 2006). Sin embargo, se ha encontrado que el patrón de secreción es diferente al de los adultos depresivos (Polaino y Villamizar, 1988) y muy parecido al presentado en niños prematuros y niños no deprimidos que han sufrido una crisis o han tenido largos períodos de llanto (Del Barrio, 2006).

También se han encontrado anomalías en el ritmo de secreción de la hormona del crecimiento (hiposecreción durante el día e hipersecreción durante el sueño) (Del Barrio, 2000a, 2000b; Polaino y Villamizar 1988; Waslick, et al., 2003). No obstante, ha sido difícil determinar cuál es el nivel normal de secreción de esta hormona conocida también como GH (siglas de growth hormona) (Del Barrio, 1997).

Además, aparecen alteraciones en los niveles de secreción de otras hormonas como la tiroxina (hiposecreción diurna e hipersecreción nocturna) y la melatonina (niveles bajos de concentración) (Del Barrio, 2000a, 2000b, 2006).

3.9.1.4. Estructura cerebral.

Dentro de esta teoría se ha considerado la anatomía del cerebro como posible fuente de explicación en el origen del trastorno depresivo tanto en adultos como en niños. Waslick, et al. (2003), mencionan alteraciones cerebrales en regiones específicas de niños con depresión, específicamente encontradas en el lóbulo frontal, temporoparietal y occipital del cerebro.

3.9.2. Teorías psicológicas.

Algunos modelos psicológicos han ampliado sus principios para proporcionar una explicación a la depresión infantil, siendo los más destacados el psicoanálisis y el modelo cognitivo-conductual.

3.9.2.1. Psicoanálisis.

Desde la postura psicoanalítica tradicional, desarrollada por Freud, la depresión es interpretada como una pérdida de la estima del yo; sin embargo, su aparición sólo es posible en los adultos ya que el desarrollo completo de las estructuras de la personalidad acontece hasta la adolescencia y como consecuencia, en el caso de los niños es imposible admitir la existencia de un trastorno depresivo (Méndez, 2001; Toro, 2000).

Posteriormente, esta postura fue modificada por Melanie Klein (1934, en Del Barrio, 2000b; Toro, 2000) cuando confirió gran importancia a la presencia de la madre durante la infancia. Desde ese momento se reconoció como desencadenante de la depresión infantil la pérdida de la madre (objeto amado) y el sentimiento de carencia materna, ocasionados por muerte, separación, rechazo y cualquier otra forma de distanciamiento o por falta de una relación adecuada con

la madre durante el primer año de vida del niño. Así, los pequeños interiorizan sentimientos negativos y comienzan a perder su autoestima.

3.9.2.2. Modelo Cognitivo-Conductual.

Aunque las teorías que ahora forman parte del modelo cognitivo-conductual de la depresión fueron formuladas originalmente para adultos, en las últimas décadas han tenido tal extensión que funcionan también para la explicación de la depresión presente en los niños (Carey, 1993).

Las teorías con mayor presencia en el campo de la depresión infantil son: el Modelo del Aprendizaje Social de Lewinsohn, la Teoría del Autocontrol de Rehm, el Modelo Cognitivo de Beck, la Teoría de la Indefensión Aprendida de Seligman y la Terapia Racional Emotiva de Ellis.

3.9.2.2.1. Modelo Socioambiental o Modelo del Aprendizaje Social.

Lewinsohn (1974, en Del Barrio, 1997, 2000b; García y Rodríguez, 2000) sostiene que el ambiente influye en el estado de ánimo y atribuye la depresión a una tasa baja de reforzamiento positivo causada por un déficit de habilidades en el niño para hacer frente a la adversidad y obtener reforzadores, a una ausencia de refuerzos y a la aparición de experiencias negativas en la vida del pequeño. Además, señala la participación de una tasa alta de estimulación aversiva y castigos como factores que producen malestar y sufrimiento, y que, a su vez, influyen en el desarrollo de este trastorno (Méndez, 2001).

De esta manera, cuando el niño carece de habilidades para conseguir reforzadores positivos desciende la frecuencia de actividades que anteriormente realizaba y se vuelve vulnerable al desarrollo de un trastorno depresivo (García y

Rodríguez, 2000). De igual forma, si es expuesto a eventos aversivos comienza a aislarse socialmente y a mostrarse pasivo. Por tanto, la depresión se origina cuando se experimenta un valor bajo de reforzamientos contingentes a las respuestas y cuando se experimenta un valor elevado de eventos aversivos (Carey, 1993).

Partiendo de ello, se destaca la habilidad del individuo en la emisión de respuestas interpersonales, capaces de producir reforzamiento positivo y de lograr una reducción del castigo social, como un recurso indispensable para prevenir la depresión (García y Rodríguez, 2000).

Por medio de esto, se entiende que cuando los individuos cuentan con habilidades sociales disminuidas y tienen mayor sensibilidad ante los eventos aversivos pueden colocarse en una situación de vulnerabilidad; y por el contrario, si cuentan con habilidades sociales adecuadas y encuentran placer ante las actividades que realizan pueden volverse inmunes. Ambos factores (vulnerabilidad y predisposición) pueden ser capaces de incrementar o decrementar la probabilidad de desarrollar una depresión (Carey, 1993).

3.9.2.2.2. Modelo de Autocontrol.

Durante los primeros años de vida, los adultos son responsables del cuidado de los niños y toman decisiones para lograr su bienestar, pero conforme un niño crece hay cada vez menor dependencia del entorno y una mayor autonomía, lo cual permite al niño adoptar sus propios criterios y aprender a controlar su propio comportamiento. Sin embargo, cuando se presenta una deficiencia en este proceso de autocontrol puede originarse un trastorno depresivo (Méndez, 2001).

Desde esta perspectiva, el modelo de autocontrol de Rehm (1977, en Carey, 1993), supone que la depresión es el resultado de déficits en los factores regulatorios del autocontrol como son la autoobservación, la autoevaluación y el autorreforzamiento.

La autoobservación hace referencia a que el niño es capaz de observar su conducta, los antecedentes y las consecuencias de la misma. Y en el caso de la depresión, atiende selectivamente a los eventos negativos e ignora los eventos positivos, enfocándose en las consecuencias inmediatas y no en las consecuencias a largo plazo de su conducta (Carey, 1993).

La autoevaluación consiste en atribuir los éxitos y fracasos, que han sido autoobservados, a diferentes causas, internas o externas. En la depresión, estas atribuciones son poco realistas e inexactas lo que refuerza los sentimientos de inadecuación del individuo (Méndez, 2001).

El autorreforzamiento y el autocastigo ocurren a partir de la valoración realizada por el individuo. Si la valoración es positiva, se felicita y premia, produciendo alegría y satisfacción; si es negativa se critica o castiga y se siente triste, culpable o avergonzado. Presentándose una administración de recompensas insuficientes y castigos excesivos (Bragado y García-Vera, 1998).

De manera concreta, Rehm confiere responsabilidad al sujeto por la carencia de refuerzos y señala que las personas deprimidas no son capaces de controlar su conducta, se evalúan de forma negativa, no se administran refuerzos y se someten frecuentemente al autocastigo (Del Barrio, 2000b).

3.9.2.2.3. Modelo Cognitivo de Beck.

Para Beck, cada persona recibe información del entorno, la cual es procesada y configurada en forma de representaciones y experiencias, así, las interpretaciones que realiza son responsables de su comportamiento (Del Barrio, 1997). De esta forma, la depresión y los sentimientos de tristeza también dependerán de las interpretaciones que el sujeto realice acerca de los acontecimientos (García y Rodríguez, 2000; Méndez, 2001).

Estas interpretaciones se caracterizan por un procesamiento distorsionado de la información proveniente del entorno, el cual tiene como base una visión negativa del yo, del mundo y del futuro, conocida como “tríada cognitiva” (Bragado y García-Vera, 1998; Del Barrio, 2000b; García y Rodríguez, 2000). La visión negativa de sí mismo implica que el individuo deprimido se percibe como despreciable e inadecuado; la visión distorsionada del mundo se manifiesta a través de comentarios de menosprecio sobre las excesivas demandas del individuo por el entorno y por la tendencia a mal interpretar las situaciones; y la visión distorsionada del futuro refuerza las expectativas de fracaso y los sentimientos de desprecio e inutilidad del individuo (Carey, 1993).

La distorsión de las cogniciones ocurre cuando un individuo se enfrenta a un peligro físico o psicológico que ha relacionado con algún aspecto de una situación negativa previa (Carey, 1993) y por lo regular, tienen relación con esquemas cognitivos originados a partir de la niñez (Del Barrio, 1997).

Las personas deprimidas aceptan la validez de sus pensamientos negativos porque sistemáticamente incurren en errores lógicos como inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización y pensamiento dicotómico (García y Rodríguez, 2000; Méndez, 2001).

Para Beck, et al. (2005), las vivencias personales del niño determinan, posteriormente, su manera de pensar y el significado que asignará a diferentes situaciones, conformando esquemas cognitivos. Estos esquemas se forman a partir de experiencias infantiles tempranas relacionadas con el apego y que han permitido la creación de lazos afectivos adecuados con las personas significativas de su entorno.

Así, las experiencias negativas tempranas sufridas por el niño son responsables del surgimiento de esquemas cognitivos inadecuados y de pensamientos erróneos que son activados cuando se presentan circunstancias similares en otro momento de su vida (Méndez, 2001).

En estos casos, los niños deprimidos atienden selectivamente a las características negativas del medio y se describen a sí mismos, al mundo y al futuro en términos negativos, es decir, se evalúan como despreciables, ven su mundo como inseguro, crítico y hostil, el futuro parece poco prometedor y sienten que nada puede mejorar, además, muestran errores lógicos en su pensamiento caracterizado principalmente por una tendencia a maximizar el significado de los eventos negativos y minimizar el significado de los eventos positivos, independientemente de las pruebas que encuentren en contra (Friedberg y McClure, 2005; Moore & Carr, 2001).

3.9.2.2.4. Modelo de la Indefensión Aprendida o de la Desesperanza.

Seligman (1975, en Waslick, et al., 2003) considera la depresión como un sentimiento negativo inducido por una experiencia de fracaso que conlleva a una incontrolabilidad de las situaciones. La percepción negativa generada a partir de esta experiencia fue denominada “indefensión aprendida” (Del Barrio, 1997, 2000b).

La indefensión aprendida se refiere a la aparición de un sentimiento de impotencia, fracaso e incontrolabilidad ante el intento de solucionar un problema, lo que lleva al sujeto a suspender cualquier intento para resolverlo (Del Barrio, 2000a). Esto ocasiona la aparición de algunos síntomas característicos de la depresión como son la desesperanza y la falta de motivación, haciendo difícil el desarrollo de nuevos aprendizajes más adaptativos (Méndez, 2001).

Por su parte, los niños alcanzan cierto equilibrio emocional cuando aprenden que algunas acciones tienen consecuencias positivas, mientras que otras no dan ningún resultado o tienen consecuencias negativas (Del Barrio, 2000a). Pero cuando se rompe la relación entre su comportamiento y las consecuencias habituales, los pequeños aprenden que las últimas son incontrolables, les atribuyen cierta importancia y comienzan a mostrar dificultades cognitivas, motivacionales y emocionales presentes en la depresión (García y Rodríguez, 2000).

3.9.2.2.5. Terapia Racional Emotiva.

Aunque la terapia racional emotiva (TRE) propuesta por Ellis surgió como un tipo de tratamiento, proporciona algunos elementos importantes que pueden explicar la depresión. En primer lugar, parte del principio de que la depresión experimentada por un individuo es causada por pensamientos defectuosos e irracionales. En segundo lugar, Ellis proporciona un modelo conocido como el ABC, donde A se refiere al evento activador o precipitante del malestar emocional, B es la creencia irracional y C es la consecuencia emocional y conductual (Carey, 1993).

Partiendo del modelo cognitivo-conductual, se destaca la importancia del diagnóstico exacto del trastorno depresivo infantil a partir del uso de sistemas de diagnóstico y de varias formas de evaluación.

3.10. Sistemas de clasificación y diagnóstico.

Los sistemas de clasificación proponen una serie de síntomas que deben estar presentes en un trastorno depresivo, lo cual permite delimitar las características propias de la depresión y sirven como apoyo al psicólogo clínico para establecer un diagnóstico inicial. Como se mencionó en el capítulo anterior, actualmente, los sistemas más conocidos son el DSM-IV (APA, 1995) y el CIE-10 (OMS, 2000).

Estos sistemas parten de la suposición de que un diagnóstico de depresión infantil debe realizarse al amparo de los parámetros que definen la depresión adulta (Polaino y Villamizar 1988; Sood & Sood, 2000). Y aunque no han elaborado categorías de diagnóstico separadas para los trastornos depresivos infantiles, han reconocido, dentro de los criterios diagnósticos utilizados para los adultos, algunas diferencias en función de la edad, señalando la irritabilidad como posible sustituto de la tristeza (Bragado y García-Vera, 1998).

Pero, a diferencia del DSM-IV y del CIE-10 que parten de los criterios empleados en adultos, se han desarrollado criterios de diagnóstico exclusivos para los niños (Del Barrio, 2006); esto porque la depresión puede aparecer desde edades muy tempranas (Doménech, 1999) y en el caso de los sistemas antes mencionados, sólo se especifica su posible aparición por debajo de los 21 años de edad (DSM-IV, APA, 1995).

Entre los criterios desarrollados para la población infantil con depresión se encuentran los criterios de Weinberg, el Research Diagnostic Criteria (RDC), los criterios de Poznanski, de Herzog y Rathbun, la clasificación diagnóstica de la psicopatología de la temprana infancia (CD 0-3) y los criterios de Kaslow.

Los criterios de Weinberg, Rutman, Sullivan, Pencik y Dietz (1973, en Méndez, Rosa, Montoya, Espada y Olivares, 2003), mejor conocidos como criterios de Weinberg han sido los más reconocidos para el diagnóstico de la población infantil. En éstos, Weinberg señala que además del estado de ánimo disfórico y las ideas de autodesprecio, principales síntomas de la depresión, deben presentarse también dos o más de los siguientes síntomas: conductas agresivas, alteraciones del sueño, cambios en el rendimiento escolar, disminución de la socialización, cambio de actitud hacia la escuela, quejas somáticas, pérdida de energía, cambios en el apetito y cambios de peso (Méndez, et al., 2003; Polaino y Villamisar 1988), los cuales tienen una duración de al menos un mes y representan un cambio en la conducta habitual del niño (Del Barrio, 2000b).

Los criterios del RDC de Spitzer, Endicott y Robins (1978, en Polaino y Villamisar 1988), además de considerar la presencia de la disforia y la pérdida de la satisfacción, también incluyen la presentación de cuatro o más de otros síntomas como pueden ser disminución o incremento de apetito, pérdida o aumento de peso, problemas de sueño (insomnio o hipersomnia), pérdida de energía, agitación o retraso psicomotor, pérdida de interés, autorreproches o culpa excesiva, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Éstos tienen una duración de una o dos semanas.

Los criterios de Poznanski (1982, en Polaino y Villamisar 1988) incluyen como síntomas depresivos el humor disfórico y cuatro o cinco de los siguientes: aislamiento social, problemas de sueño, fatiga, hiperactividad, anhedonia, baja autoestima o sentimientos de culpa, dificultades escolares e ideas de suicidio, con una duración aproximada de un mes.

Para el diagnóstico de la depresión precoz, de los 0 a los 3 años, Herzog y Rathbun (1982, en Doménech, 1999) señalan como criterios principales el humor disfórico caracterizado por cara triste o inexpresiva, mirada vacía o rechazo de la vista, disminución o carencia de expresión afectiva, irritabilidad y, de manera

secundaria, destacan también la presencia de cuatro o más síntomas que pueden ser: alteraciones somáticas, ausencia de juego, permanente letargo o irritabilidad, angustia de separación muy intensa y/o patología del apego o falta de angustia de separación, dificultades de conducta, retraso del desarrollo del lenguaje y psicomotricidad, alteraciones de la conducta alimentaria y problemas de sueño.

La clasificación diagnóstica de la psicopatología de la temprana infancia (CD 0-3), conocida también como la Zero To Three (CZT, 1994, en Doménech, 1999), utilizada para los primeros tres años de vida del niño, considera los siguientes criterios para la depresión temprana: humor deprimido, anhedonia, disminución de la capacidad de protesta, lloriqueos excesivos, disminución de la capacidad de iniciativa y de relación social.

El sistema desarrollado por Kaslow, Gray y Ash (1996, en Del Barrio, 2000b) concede gran importancia a los procesos de interacción social presentes en el desarrollo de la depresión infantil. Así, se propone la presencia de problemas dentro de la familia o problemas en la relación establecida con compañeros, maestros y otros adultos significativos. Al haber problemas en la familia se debe presentar un apego inseguro, baja cohesión o apoyo, maltrato hacia el niño, falta de control familiar, conflicto familiar, dificultad para regular afectos, problemas de comunicación, transmisión de cogniciones depresivas y falta de relación entre temperamento y trato. Si se presentan problemas en la relación con otros, el niño muestra aislamiento social, rechazo, baja autoestima y dificultades en la resolución de problemas interpersonales.

Todos los criterios expuestos tienen una gran similitud y tienen como ventaja ser útiles para la identificación de los trastornos depresivos en la infancia, sin embargo, su diagnóstico debe ser exacto y para ello se ha desarrollado una gran cantidad de instrumentos de evaluación.

3.11. Evaluación.

La identificación de un niño con depresión es posible si los padres u otras personas de su entorno lo remiten con un profesional (Fielding, 1997) o, en todo caso, a través de estudios de tipo científico realizados en la población infantil (Del Barrio, 2000a). Pero sea cual sea el medio de identificación, queda claro que cuando un niño presenta un problema conductual o emocional el psicólogo debe comenzar realizando una evaluación.

Dentro del marco cognitivo-conductual, el proceso de evaluación supone la identificación y especificación de un problema. Consiste en llevar a cabo una investigación exhaustiva que permita la identificación de los factores que influyen en la ocurrencia del problema, las variaciones o repercusiones negativas en la vida del niño y cualquier otro aspecto relacionado con la historia y evolución del problema (Carey, 1993). También incluye el análisis detallado de la capacidad de afrontamiento tanto del niño como de las personas cercanas a él (Fielding, 1997), de sus expectativas sobre el proceso terapéutico, de su motivación, interés y disposición para colaborar con el terapeuta (Méndez, 2001).

Y finalmente, al entender la depresión infantil como un trastorno complejo en el que participan alteraciones de tipo conductual, psicofisiológico y cognitivo, el psicólogo evalúa, de forma válida y confiable, otros aspectos de gran relevancia como su intensidad, frecuencia y duración, los cuales le permiten conocer mejor el problema y realizar un pronóstico sobre su evolución ante el tratamiento (Fielding, 1997).

Así, el principal objetivo de la evaluación consiste en elaborar un diagnóstico, identificando si el niño manifiesta síntomas específicos de la depresión y estableciendo su gravedad (Polaino y Villamizar, 1988) a través de una medición o cuantificación detallada de los distintos elementos (fisiológicos, motores y cognitivos) que conforman el trastorno depresivo (Del Barrio, 1997).

Lo anterior sirve como base al terapeuta para determinar el tipo de intervención a seguir (Fielding, 1997); asimismo, la evaluación es un proceso continuo que puede llevarse a cabo durante el tratamiento para determinar su eficacia y si el pronóstico ha sido correcto (Carey, 1993).

Aunque pareciera que la evaluación infantil es similar a la realizada en adultos, existen e intervienen factores diferentes. En los niños se presenta un desarrollo rápido en todas las áreas de su vida, por lo cual los procedimientos a seguir para diagnosticar una depresión deben ser sensibles a su variabilidad evolutiva y capacidad de comprensión (Ezpeleta, Doménech y Polaino, 1988). Por ello, la evaluación depende del período evolutivo en el que se encuentre el niño y toma en cuenta si sabe o no hablar o si tiene una comprensión lectora adecuada (Del Barrio, 2006; Polaino y Villamisar, 1988).

3.11.1. Fuentes de información.

Para evaluar al niño puede recurrirse a una gran cantidad de fuentes de información que proporcionen datos acerca del problema (Emslie & Mayes, 2000). Así, el psicólogo clínico puede obtener información procedente de los padres, profesores, cuidadores, amigos o compañeros de escuela (Bragado y García-Vera, 1998; Friedberg y McClure, 2005), sin olvidar que el niño siempre es el mejor informante de sus síntomas (Del Barrio, 2006; Doménech, 1988) y aunque la información proporcionada por otras personas distintas al niño puede complementar el análisis del problema, también puede presentar discordancias (Bragado y García-Vera, 1998; Del Barrio, 1997).

Al respecto, varios autores (Bragado y García-Vera, 1998; Del Barrio, 2006; Emslie & Mayes, 2000; Méndez, et al., 2003) coinciden en que los adultos informan mejor sobre las conductas de carácter exteriorizado y los niños sobre los síntomas interiorizados.

Pese a esto, el diagnóstico de la depresión en los niños es difícil debido a que, en comparación con el adulto, tiene mayor dificultad para describir su sintomatología (Calderón, 2001) y cuando son muy pequeños no saben expresar de forma verbal su estado de ánimo (Doménech, 1999). Es hasta los siete años o más que un niño puede comunicar sus estados emocionales; pero mientras alcanza esa edad, puede recurrirse a estrategias pictóricas (Del Barrio, 2006).

3.11.2. Instrumentos de evaluación.

El diagnóstico de la depresión infantil se realiza mediante el empleo de sistemas cualitativos (sistemas de diagnóstico) y cuantitativos (Del Barrio, 2006). Aunque los primeros permiten la identificación de los síntomas característicos de la depresión es indispensable el empleo de instrumentos de evaluación enfocados a su cuantificación y que conducen a una medición objetiva, no subjetiva, de los cambios somáticos, conductuales y cognitivos producidos por este trastorno.

Mediante el empleo de estos instrumentos de evaluación, validados y estandarizados, es posible obtener puntuaciones que permiten determinar la presencia y gravedad del trastorno depresivo (Friedberg y McClure, 2005). Éstos pueden ser empleados sólo para la evaluación de la depresión o de diferentes tipos de alteraciones de carácter psicológico, es decir, pueden ser específicos o pluridimensionales (Del Barrio, 1997).

Entre estos instrumentos de evaluación se encuentran las pruebas psicométricas, las entrevistas (Pérez y García, 2001) y los cuestionarios de observación (Del Barrio, 2000a; Polaino y Villamizar 1988) elaborados para ser aplicados al niño, a sus padres, a sus maestros o a otros adultos cercanos a él (Del Barrio, 2006) y cuyo empleo no es excluyente de los otros, lo que permite complementar la información proveniente de diversas fuentes (Bragado y García-Vera, 1998).

3.11.2.1. Escalas de evaluación.

Los inventarios, cuestionarios o escalas tienen como principal objetivo realizar una evaluación y cuantificación precisa de los síntomas depresivos; además, pueden ser aplicados antes, durante y después de terminar el proceso terapéutico para determinar los avances logrados (Bragado y García-Vera, 1998).

Estas pruebas pueden ser divididas en escalas de autoevaluación o autoinformes, escalas por nominación de compañeros, escalas para padres y escalas para maestros (Del Barrio, 1997); siendo autoaplicadas (contestadas por el propio niño), heteroaplicadas (contestadas personas cercanas al niño) o mixtas (un combinación de ambos tipos) (Ezpeleta, et al., 1988).

Dado que la descripción de las escalas sobrepasaría los objetivos de este trabajo, en la Tabla 2 se muestran las principales características de algunas de ellas.

Tabla 2. Escalas psicométricas para la evaluación de la depresión infantil.

Instrumento	Autores	Edad de aplicación	Número de ítems
Inventario para la Depresión Infantil (Children's Depression Inventory, CDI)	Kovacs y Beck, 1977	7-16	27
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	Weissman et al., 1980	6-17	20
Escala de Depresión para Niños (Children's Depression Scale, CDS)	Lang y Tisher, 1978	8-16	66
Inventario de Nominación por los Iguales (Peer Nomination Inventory of Depression, PNID)	Lefkowitz y Tesiny, 1981	10	23
Autoinforme de síntomas preescolares (Preeschol Symptoms Self- Report, PRESS)	Martini, 1987	3-6	25
Escala Reynolds de Depresión Infantil (Reynolds Child Depression Scale, RCDS)	Reynolds, 1989	8-13	30

Tabla 2 (continuación). Escalas psicométricas para la evaluación de la depresión infantil.

Instrumento	Autores	Edad de aplicación	Número de ítems
Escala de autoevaluación de la depresión para niños (Depression Self Rating Scale for Children, DSRS-C o Self Rating Scale, SRS)	Birleson, 1978, 1981	7-13	18
Inventario Breve de Depresión Infantil (Short Children Depression Inventory, S-CDI)	Carlson y Cantwell, 1979	7-17	13
Escala para la Evaluación de la Depresión para Maestros (ESMD)	Doménech y Polaino, 1990	8-15	16
Child Behavior Checklist (CBC)	Achenbach, 1992	4-16	130
Behavioral Screening Questionnaire (BSQ)	Richman y Graham, 1971	3	19
Quincy Behavior Checklist (QBC)	Orvaschel, Sholomskas y Weissman, 1980	4-5	38

Nota: Bragado y García-Vera (1998), Del Barrio (2000b, 2006), Doménech (1988), Ezpeleta, Doménech y Polaino (1988), Méndez (2001).

El principal objetivo de las pruebas psicométricas es detectar rápidamente los casos de depresión en la infancia. Algunos de ellos se dirigen exclusivamente a diagnosticar la depresión, otros tienen como finalidad medir la severidad del cuadro depresivo y pueden utilizarse como puntuaciones criterio para diagnosticar la presencia o ausencia de este trastorno (Polaino y Villamizar 1988) y otros están divididos en subescalas que permiten diferenciar cada grupo o categoría de síntomas característicos de la depresión (Friedberg y McClure, 2005).

Debido a que la estructura de la mayoría de estos instrumentos consiste en una lista de síntomas presentes en la depresión que deben ser puntuados por el sujeto en una escala ordinal o numérica se requiere el uso de papel y lápiz. Esto implica que sólo pueden ser aplicados en los sujetos que han aprendido a leer y poseen una comprensión lectora adecuada, o que en caso de presentar dificultades de lectura cuenten con una buena comprensión verbal, lo cual permitiría recibir ayuda por parte del profesional (Méndez, 2001).

La capacidad del niño para comprender el lenguaje escrito e informar acerca de sus estados de ánimo o emociones se adquiere después de los 7 años, lo cual implica una limitación seria para la aplicación de las escalas (Bragado y García-Vera, 1998).

Sin embargo, como se aprecia en la Tabla 2, se han desarrollado instrumentos para la detección de síntomas depresivos en niños de 3 a 6 años de edad; estos inventarios cuentan con apoyos pictóricos que permiten la expresión del pequeño (Bragado y García-Vera, 1998; Del Barrio, 1997). Cuando se evalúa a un niño por este medio es importante utilizar además otras técnicas como la observación de las conductas y las entrevistas dirigidas a los adultos (Del Barrio, 1997).

3.11.2.2. Entrevistas.

Las entrevistas estandarizadas, a diferencia de las entrevistas de indagación o de preguntas abiertas, permiten una obtención de datos homogeneizada, es decir, impiden la existencia de grandes diferencias entre la información obtenida de diversas fuentes (Del Barrio, 2006).

Así, para realizar un diagnóstico válido y confiable, se pueden utilizar entrevistas estructuradas o semiestructuradas. Su aplicación consiste en realizar al sujeto una serie de preguntas que al ser contestadas reciben una puntuación e interpretación determinada (Polaino y Villamizar 1988).

Algunas de estas entrevistas se fundamentan en los sistemas de diagnóstico más conocidos (Del Barrio, 2006), sin embargo, todas ellas permiten obtener de una forma rápida datos relacionados con los síntomas depresivos, su frecuencia, intensidad, duración, antecedentes y contextos en donde se presentan (Friedberg y McClure, 2005).

Algunas entrevistas estandarizadas empleadas para la evaluación de la depresión infantil son las siguientes (ver Tabla 3):

Tabla 3. Entrevistas para la evaluación de la depresión infantil.

Instrumento	Autores	Edad de aplicación	Número de ítems
Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (Diagnostic Interview for Children and Adolescents, DICA)	Herjanic y Cambel, 1977; Herjanic y Reich, 1982	6-12	246
Entrevista para los Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia en Niños (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, K-SADS)	Puig-Antich y Chambers, 1978	6-17	*
Escala de Depresión para Niños (Children Depression Rating Scale, CDRS)	Poznaski et al., 1979	6-12	16
Escala de Evaluación Afectiva para Niños (Children's Affective Rating Scale, CARS)	Cytring y Mc New, 1979	5-15	27

*Consta de tres partes donde se investiga la historia y descripción del trastorno, revisión de la sintomatología y observaciones del entrevistador respecto al niño.

Nota: Del Barrio (2006), Polaino y Villamisar (1988).

3.11.2.3. Observación.

Como se ha mencionado, el diagnóstico de depresión en niños pequeños resulta difícil de hacer sobre todo porque no son capaces de expresar verbalmente sus sentimientos (Doménech, 1999).

Por ello, en los cuestionarios de observación se estudia la depresión a partir de las expresiones faciales y corporales de los niños, como son llanto, irritabilidad, retraimiento, descenso de actividades, inexpresividad facial y algunas conductas relacionadas con el lenguaje siendo aplicados principalmente a los niños cuya edad se encuentra por debajo de los 6 años (Del Barrio, 1997).

La cuantificación de las conductas observadas permite considerar la posibilidad de producir cambios en la conducta durante la intervención terapéutica (Méndez, 2001) y se realiza a través de códigos establecidos por distintos jueces (Del Barrio, 2006).

Como se muestra en la Tabla 4 se han desarrollado varios instrumentos capaces de diagnosticar un cuadro depresivo infantil a partir de la observación.

Tabla 4. Cuestionarios de observación para la evaluación de la depresión infantil.

Instrumento	Autores	Edad de aplicación	Número de ítems
Evaluación General de Síntomas Afectivos para Preescolares (General Rating of Affective Symptoms for Preschoolers, GRASP)	Kashani et al., 1986	3-6	24
Técnica Observacional Estructurada (Structured Observational Technic, SOT)	Laike, 1995	3-7	137
Listado de Depresión Infantil (LDI)	Kashani, Ray y Carlson, 1984	0-6	19
Alarme détresse bébé Brune (ADBB)	Guedeney, 1997	0-3	8

Nota: Del Barrio (1997, 2006), Doménech (1999).

Una vez realizada la evaluación y diagnóstico de la depresión en el niño, y que se conocen los síntomas presentes, se procede a la intervención terapéutica.

3.12. Tratamiento Cognitivo-Conductual.

La terapia infantil tiene como finalidad incrementar el bienestar del niño en todos los aspectos de su vida (Del Barrio, 1997) y es definida por Moreno (2001, p. 62) como “un proceso *continuo y fluido de toma de decisiones* [...] a través de la cual se delimita el motivo de consulta, los objetivos a alcanzar y el procedimiento para lograrlos”.

El enfoque cognitivo-conductual ofrece planteamientos completos para abordar cualquier tipo de trastorno psicológico como la depresión (Weisz, 2004). En él se integran los principios de la terapia cognitiva y de la terapia conductual (Geffken, 2001). Asimismo ofrece teorías explicativas sobre la psicopatología, proporciona métodos de evaluación y técnicas terapéuticas encaminadas a solucionarla (Pérez y García, 2001).

Los principios de la terapia cognitivo-conductual han sido aplicados con éxito en el tratamiento de la depresión infantil (Del Barrio, 2000a; Méndez, et al., 2002). En este enfoque se mantiene que cualquier dificultad emocional y/o conductual surge a partir de procesos de pensamiento desadaptativos (Geffken, 2001). Así, los pensamientos negativos conducen a estados afectivos y de comportamiento inadaptados que influyen en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos (Mufson y Velting, 2003).

Ante ello, la terapia cognitivo-conductual tiene como idea central que al generarse cambios en los pensamientos es posible lograr cambios en la conducta y en las emociones (Geffken, 2001), y de manera simultánea, al producirse cambios positivos en las conductas, se producen cambios benéficos en las emociones y cogniciones (Méndez, 2001). Por tanto, para lograr la readaptación del sujeto a su medio, tiene como principal objetivo modificar los sentimientos, comportamientos y pensamientos que caracterizan al cuadro depresivo (Braswell & Kendall, 2001; Geffken, 2001).

El cambio generalizado de las conductas y cogniciones de los sujetos se logra a partir del empleo de programas de intervención (Bragado y García-Vera, 1998). Estas intervenciones terapéuticas se componen por varias fases: evaluación, delimitación de conductas meta, elección y aplicación de técnicas terapéuticas y seguimiento, donde se constatan los cambios logrados (Moreno, 2001).

Para llevar a cabo una intervención eficaz, el psicólogo debe tener en cuenta la edad y etapa del desarrollo evolutivo del niño, el tipo de depresión presente, la frecuencia, intensidad y duración sus síntomas, los factores (antecedentes y consecuentes) que contribuyen a su origen y mantenimiento, los aspectos del ambiente que pueden requerir un cambio, el valor potencial que tiene para el niño el desarrollo de nuevas habilidades, su motivación y compromiso para participar activamente, y la probabilidad de obtener resultados exitosos a partir de la intervención (Del Barrio, 2000b; Fielding, 1997; Friedberg y McClure, 2005).

El conocimiento de estas variables permite al clínico tomar decisiones involucradas en el diseño e implementación de un programa de tratamiento adecuado para el niño que presenta depresión (Moreno, 2001).

En primer lugar, el psicólogo decide el nivel de intervención (Emslie & Mayes, 2000), es decir, decide si trabajará directamente con el niño (primer nivel), con los adultos responsables de él (segundo nivel) o si deberá involucrar a alguna institución escolar, hospitalaria u otra en la que el niño esté inmerso (tercer nivel) (Fielding, 1997). Puesto que todos estos niveles requieren el trabajo con personas, puede realizarse un tratamiento individual, grupal o familiar (Calderón, 2001; Moreno, 2001).

En segundo lugar, especifica objetivos capaces de guiar el proceso de intervención y elige las técnicas o estrategias más apropiadas para el caso (Carey, 1993), conformando así un programa de intervención.

3.12.1. Tipos de técnicas empleadas en el tratamiento.

Las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas para el tratamiento de la depresión infantil incluyen: entrenamiento en habilidades sociales, relajación, entrenamiento en autocontrol o regulación emocional, la educación emocional,

programación de actividades agradables, reestructuración cognitiva (terapia racional emotiva y terapia cognitiva), entrenamiento de habilidades para la solución de problemas, entrenamiento en asertividad, role playing (Braswell & Kendall, 2001; Del Barrio, 1997; Méndez, 2001; Méndez, et al., 2002; Moore & Carr, 2001; Mufson y Velting, 2003; Pérez y García, 2001).

3.12.1.1. Entrenamiento en relajación.

La relajación es utilizada como un elemento activo dentro del tratamiento cognitivo-conductual ya que es considerada una estrategia útil para afrontar el estrés, reducir los síntomas de ansiedad presentes en la depresión infantil y para contrarrestar la irritabilidad y la tristeza (Méndez, et al., 2003).

El principal objetivo de esta técnica es proporcionar al niño una sensación de bienestar y autoeficacia (Del Barrio, 1997). La técnica de relajación puede ser aplicada a personas de todas las edades, sin embargo, es indispensable su modificación y adaptación para cada grupo de edad, así, puede variar desde una serie de movimientos rítmicos para los más pequeños hasta la tensión y relajación de varios grupos musculares para los niños mayores de 6 años (Braswell & Kendall, 2001).

Durante su aplicación se recurre a otros métodos como la imaginería o imaginación de diversas situaciones, personas u objetos agradables y la desesibilización sistemática para afrontar situaciones difíciles (Del Barrio, 1997).

3.12.1.2. Reestructuración Cognitiva.

Las técnicas de reestructuración cognitiva dirigen su atención hacia los estilos de pensamiento negativos que poseen los niños con depresión (Braswell &

Kendall, 2001; Méndez, et al., 2003) e incluyen la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck (Del Barrio, 1997).

3.12.1.2.1. Terapia Racional Emotiva de Ellis.

La Terapia Racional Emotiva se caracteriza por confrontar a los pacientes de una manera activa y es utilizada para el tratamiento de niños cuya edad es superior a los 7 años (Del Barrio, 1997). Por ello, antes de incluirla en el tratamiento es indispensable tener en cuenta el desarrollo cognitivo y lingüístico del niño (Carey, 1993).

Su objetivo es enseñar a los niños a ser más racionales y realistas; aunque su interés se centra principalmente en cambiar las creencias irracionales, también se dirige a aspectos emocionales y conductuales relacionados con la depresión (Carey, 1993).

De acuerdo con la TRE "...los problemas emocionales tienen su origen no en los acontecimientos externos, sino en las actitudes y creencias internas que el sujeto tiene ante ellos..." (Del Barrio, 1997, p. 128).

Así, la TRE proporciona una explicación sobre el origen del trastorno depresivo y su modelo es conocido como el modelo ABC-DE, donde A es el evento activador o acontecimiento externo, B es el pensamiento o creencia irracional acerca de la situación y C es la consecuencia emocional y conductual, siendo B la causa de C (Méndez, 2001).

En el modelo, D y E representan propiamente a la TRE; D es la intervención del psicólogo dada a partir de una discusión con el paciente donde las creencias irracionales son cuestionadas y E es el efecto o producto de dicha intervención

caracterizada por la adopción de formas de pensar y actuar más racionales y adaptativas (Carey, 1993).

En el tratamiento de la depresión infantil, la TRE se convierte en una técnica didáctica cuyo objetivo es cambiar los pensamientos del niño a partir de situaciones concretas que haya vivido (Del Barrio, 1997). Además, emplea técnicas como la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales y la inoculación del estrés (Carey, 1993).

3.12.1.2.2. Terapia Cognitiva de Beck.

De acuerdo a la Terapia Cognitiva, la depresión se origina a partir de pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro, producidos, a su vez, por esquemas depresógenos y errores lógicos en el procesamiento de la información (Pérez y García, 2001).

Por ello, su principal objetivo es lograr cambios positivos en el estilo de pensamiento de cada niño (Del Barrio, 1997) a través de la modificación de sus cogniciones y percepciones inadecuadas (Carey, 1993).

Para aplicarla, es indispensable conocer la madurez cognitiva y el nivel de desarrollo lingüístico del niño (Friedberg y McClure, 2005) ya que si se encuentra en el período de las operaciones formales podrá obtener mayores beneficios (Carey, 1993).

La TC se basa en el debate, en la comprobación de hipótesis y en la búsqueda de alternativas realistas para afrontar las situaciones (Méndez, 2001). Y proporciona a los niños una visión más equilibrada sobre sí mismos, su entorno y su futuro, y estimula el cambio o sustitución de ideas, creencias y atribuciones negativas a

través de su identificación y cuestionamiento (Friedberg y McClure, 2005; Méndez, 2001).

Para alcanzar sus objetivos, la terapia cognitiva emplea estrategias como la educación psicoafectiva, el entrenamiento en autocontrol y en la resolución de problemas (Del Barrio, 1997).

Ambos procedimientos son elementos fundamentales de muchos programas de intervención cognitivo-conductual y se han mostrado sumamente eficaces en el tratamiento de la depresión (Méndez, et al., 2003).

3.12.1.3. Entrenamiento en habilidades sociales.

Uno de los síntomas presentes en el trastorno depresivo es una disminuida interacción con otras personas lo que conlleva al rechazo y al aislamiento social del niño (Friedberg y McClure, 2005).

Para Lewinson y Clarke (1984, en Méndez, et al., 2003) la sintomatología depresiva disminuye cuando el individuo desarrolla habilidades sociales que le permitan obtener reforzadores positivos del medio.

Ante ello, el entrenamiento de habilidades sociales tiene como objetivo proporcionar a los niños con depresión seguridad para iniciar interacciones sociales (Friedberg y McClure, 2005).

Este entrenamiento tiene como base el aprendizaje de habilidades relacionadas con la comunicación, tanto verbal como no verbal. Consiste en el empleo de una serie de estrategias como el modelado, el reforzamiento, el role-playing o representación, las autoinstrucciones y la retroalimentación (Del Barrio, 1997).

3.12.1.4. Entrenamiento en autocontrol.

La terapia de autocontrol, basada en el modelo de Rehm (1977, en Méndez, et al., 2003), considera que la depresión se debe a déficits en los procesos de autoobservación, autovaloración y autoadministración de contingencias. Por lo cual, la adquisición de habilidades que involucren estos procesos permite mejorar el estilo cognitivo del niño.

El objetivo del entrenamiento es remediar los déficits en la autoobservación, autoevaluación y autorreforzamiento (Braswell & Kendall, 2001), además de identificar e inhibir los pensamientos y acciones deficientes del niño para fomentar su independencia de las circunstancias externas (Friedberg y McClure, 2005).

En el empleo de esta técnica es necesaria la colaboración de los padres y otras personas que tienen contacto con el niño, en especial cuando se le enseñan habilidades de autorreforzamiento (Del Barrio, 1997).

3.12.1.5. Educación psicoafectiva.

En el tratamiento de la depresión infantil, es necesario que el niño sea capaz de identificar sus estados de ánimo; para ello, el psicólogo clínico utiliza la educación afectiva (Braswell & Kendall, 2001; Del Barrio, 1997).

La educación psicoafectiva consiste en enseñar al niño a reconocer cada una de sus emociones y a comprender que cada situación puede producir sentimientos distintos. Esta técnica es empleada de manera conjunta con otros procedimientos donde se requiere la detección de emociones y sensaciones presentes ante determinados acontecimientos (Méndez, 2001).

3.12.1.6. Contingencias conductuales.

Las técnicas conductuales tienen como base los principios del condicionamiento operante para conceptualizar y tratar los problemas presentados por los individuos (Geffken, 2001).

La teoría del condicionamiento operante considera que toda conducta es seguida por una consecuencia capaz de reducir o incrementar la probabilidad futura de su ocurrencia, por tanto, cualquier conducta es resultado de un aprendizaje (Geffken, 2001) y el tratamiento de las alteraciones de tipo conductual supone el manejo de contingencias (Braswell & Kendall, 2001) donde se incluye, principalmente, el manejo del refuerzo y del castigo (Del Barrio, 1997).

3.12.1.7. Entrenamiento en solución de problemas.

Los niños con depresión muestran dificultad para tomar decisiones (Friedberg y McClure, 2005) y experimentan sentimientos de incompetencia y fracaso para resolver con éxito cualquier tipo de problema.

A través del entrenamiento en solución de problemas se pretende que el niño analice el problema, identifique los obstáculos del mismo y las creencias personales que intervienen, establezca objetivos para cada paso requerido y busque una solución alternativa adecuada (Braswell & Kendall, 2001); de esta manera, el niño desarrolla habilidades que le permiten resolver los problemas de manera eficaz. Esta técnica se aplica en combinación con otras técnicas como el entrenamiento en autocontrol (Del Barrio, 1997).

3.12.1.8. Entrenamiento en asertividad.

El entrenamiento en asertividad tiene como objetivo enseñar al niño deprimido a expresar sus opiniones y defender sus derechos sin necesidad de huir de la situación o agredir a otras personas, lo que permitirá disminuir sus sentimientos de inseguridad. Esta técnica es utilizada en programas que incluyen el entrenamiento en habilidades sociales e incluye estrategias como el role-playing (Del Barrio, 1997).

3.12.1.9. Programación de actividades agradables.

Para Lewinson (1974, en Méndez, et al., 2003), una característica básica de la depresión es la pasividad causada a partir de la ausencia o del escaso número de refuerzos proporcionados por el medio o por falta de habilidades que le permitan el acceso a situaciones que ofrezcan una mayor cantidad de refuerzos positivos. Pero si el nivel de actividad del individuo es elevado, se incrementan también los refuerzos y se reduce la sintomatología depresiva (Mufson y Velting, 2003). Es por ello que el terapeuta recurre a la programación de actividades agradables (Del Barrio, 1997).

Esta técnica se encarga de descubrir las actividades que resulten placenteras para el sujeto y está dirigida a síntomas depresivos como la anhedonia, la fatiga y el aislamiento social (Friedberg y McClure, 2005).

La mayoría de los tratamientos multicomponentes para la depresión infantil incluyen la planificación de actividades para incrementar la sensación de disfrute y logro en los niños (Ramírez y Ramírez, 1999). Para implementar la técnica es indispensable identificar actividades interesantes y agradables para el niño, conseguir que las realice periódicamente y demostrarle la influencia que ejercen sobre su estado de ánimo (Méndez, 2001).

3.12.2. Programas de intervención multicomponente.

La planificación de un tratamiento puede incluir el uso de una sola técnica, sin embargo, para asegurar el éxito terapéutico se elaboran programas combinados (García y Rodríguez, 2000), caracterizados por el uso de varias técnicas, conocidos como tratamientos multicomponentes, que abordan las alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras producidas por el cuadro depresivo (Méndez, et al., 2003). Entre los programas desarrollados específicamente para el tratamiento de la depresión infantil se encuentran los siguientes (ver Tabla 5):

Tabla 5. Programas multicomponentes para el tratamiento de la depresión infantil.

Programa	Autores	Edad de aplicación	Número de sesiones	Técnicas empleadas
Entrenamiento en aumento del control primario y secundario (Primary and Secondary Control Enhancement Training, PASCET)	Rothbaum, Weisz y Zinder, 1982; Weisz, Rothbaum y Blackburn, 1984	8-12	8	Programación de actividades agradables, autocontrol, relajación progresiva y reestructuración cognitiva.
Acción (ACTION)	Stark y Kendall, 1996	9-12	30	Educación emocional, planificación de actividades agradables, resolución de problemas, relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en asertividad y autocontrol.
Programa Emoción-Acción-Cognición (PEAC)	Méndez, 1998, 1999	*	*	Educación emocional, programación de actividades agradables, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, relajación, higiene de sueño, resolución de problemas y autocontrol.

* No se especifican

Nota: Méndez, et al. (2003), Méndez, et al. (2002), Weisz (2004).

3.13. Prevención de la depresión infantil.

Cualquier programa de intervención tiene como finalidad interrumpir los efectos de los factores y experiencias negativas, antes, durante o después de la aparición del trastorno, por ello se habla de intervenciones terapéuticas y preventivas (Méndez, 2001).

La prevención es entendida como un método de promoción de la salud responsable de evitar la aparición de una enfermedad o de cualquier tipo de trastorno que afecte la salud física y mental del individuo (Doménech, 1988).

La depresión infantil, al igual que otras alteraciones, puede ser evitada o prevenida si se detectan oportunamente algunos de sus síntomas (Calderón, 2001). Así, la prevención de la depresión durante la infancia tiene como finalidad detectar de manera precoz aquellos síntomas y comportamientos que podrían ser predictores del trastorno (Emslie & Mayes, 2000; Mufson y Velting, 2003).

Para establecer medidas preventivas eficaces es necesario conocer la incidencia del trastorno depresivo en la infancia, sus causas o factores de riesgo y los grupos más vulnerables. Asimismo, los programas preventivos pueden ser dirigidos al niño o a su ambiente familiar, escolar y social en el que se desenvuelve; en el primer caso, se busca incrementar la resistencia del niño ante las condiciones externas adversas y, en el segundo caso, se pretende disminuir el impacto de los factores de riesgo para el niño (Doménech, 1988).

La prevención puede realizarse a tres niveles: primario, secundario y terciario; de la misma manera, puede dirigirse a la primera infancia, al niño de edad preescolar y al niño de edad escolar.

La prevención primaria tiene como fin planificar medidas para evitar la ocurrencia del trastorno depresivo a través de la disminución o eliminación de sus causas o de los factores de riesgo que podrían influir en su aparición (Doménech, 1988).

Durante los primeros años de vida, el pequeño establece un vínculo afectivo muy fuerte con la madre, el cual determinará la presencia o ausencia de patologías futuras en el niño. De tal manera, la presencia de un cuadro depresivo en la madre podría ser responsable del deterioro o rompimiento de dicho lazo, convirtiéndose en un factor de riesgo para la aparición del problema en el niño. Así, la prevención primaria en esta etapa va encaminada al tratamiento oportuno de la depresión materna (Doménech, 1988).

Los programas de prevención primaria en los niños de edad preescolar consisten en promover habilidades que los protejan del impacto de factores negativos provenientes del entorno. En la edad escolar, se pretende lograr una mejor adaptación del niño a diversas situaciones a partir de la movilización de actitudes positivas, el aumento de su autoestima y de su capacidad de autocontrol, es decir, a través de un óptimo desarrollo personal e interpersonal (Doménech, 1988).

La prevención secundaria hace referencia a la detección precoz del problema y su tratamiento temprano a partir de la valoración de los síntomas presentes en el niño, y que aún no constituyen el trastorno depresivo como tal, pero cuya presencia incrementa la posibilidad de desarrollarlo (Doménech, 1988).

En estos casos es indispensable la detección de los síntomas depresivos, ya sea por medio de la observación y valoración de la presencia o ausencia de los síntomas en los niños pequeños, o del uso entrevistas o escalas, para su posterior tratamiento.

Por último, la prevención terciaria consiste en el tratamiento eficaz del trastorno depresivo cuando se ha presentado en el niño, evitando así nuevas recaídas cuando llegue a la adolescencia o a la edad adulta. Este nivel de prevención se considera también una prevención primaria o secundaria para el adulto puesto que el objetivo es evitar la aparición del trastorno en edades posteriores (Doménech, 1988).

3.13.1. Programas preventivos.

Doménech (1988), Méndez, et al. (2003) citan algunos programas preventivos como el *Channel Specific Perceptual Stimulation*, el *Primary Mental Health Project*, el *Interpersonal, Cognitive or Social Solving (ICPS)* y el *Children Teaching about Stress*.

En este tipo de intervenciones, los niños aprenden a identificar sus sentimientos y a pensar de una manera más racional, se les enseña a desarrollar habilidades para obtener reforzamientos o para aumentar su competencia personal y a encontrar soluciones alternativas para los problemas que enfrentan. Además, se pretende disminuir el estrés generado ante los factores ambientales y mejorar su entorno familiar, escolar y social (Méndez, 2001).

Estos programas, al igual que la terapia, se apoyan en el uso de diferentes técnicas como educación afectiva, role-playing, reestructuración cognitiva, relajación, resolución de problemas y asertividad. También se apoyan en el uso de otras estrategias como el asesoramiento a padres y la educación de profesionales involucrados en la atención de la población infantil (Doménech, 1988).

Para planificar un programa preventivo o de tratamiento es necesario considerar que a los 8 o 9 años el niño ya es capaz de verbalizar sus estados emocionales (Doménech, 1988).

En resumen, la depresión infantil, es un trastorno que aparece desde edades muy tempranas, caracterizada por un conglomerado de síntomas, principalmente cognitivos, fisiológicos y motores, que afectan diferentes áreas en la vida del niño, ya sea personal, escolar, familiar y/o social.

Este trastorno es similar a la depresión adulta, sin embargo, cuenta con algunos síntomas específicos que la diferencian. Asimismo ha sido abordada por diferentes enfoques, tanto médicos como psicológicos, destacando entre éstos últimos el psicoanálisis y el modelo cognitivo-conductual.

Dentro del enfoque cognitivo-conductual, la identificación de un trastorno depresivo durante la infancia, se lleva a cabo mediante una evaluación realizada a través de escalas, entrevistas y observaciones, que incluyen la información proporcionada por el propio niño y las personas cercanas a él, ya sean adultos o iguales. Además, proporciona una serie de técnicas cuya principal tarea es servir como base en la elaboración y aplicación de programas tanto de tratamiento como de prevención; la combinación de dichas técnicas depende de las características de la población y de los factores que podrían estar involucrados en la etiología del trastorno.

Y como se revisó anteriormente, la depresión infantil puede ser provocada por una gran variedad de factores entre los cuales se encuentra la ausencia o ruptura del vínculo afectivo materno y/o familiar que se establece con el niño, ya sea por abandono, muerte o institucionalización, lo que impide la satisfacción de las necesidades emocionales del pequeño y el cumplimiento adecuado de las funciones del apego.

En estos casos, resulta importante detectar de manera temprana a los niños que corren mayores riesgos de presentar depresión, un trastorno que podría desencadenar problemas serios hasta la adolescencia o la edad adulta e incluso podría llegar a tener consecuencias irreparables como el suicidio.

Partiendo de la necesidad de identificar los riesgos en cuanto a la aparición o presencia de síntomas depresivos a los que se enfrenta la población infantil, en especial una de las más vulnerables, como ocurre con los niños en situación de desamparo, que en un futuro podrían presentar problemas de diversa índole si no se identifican o atienden oportunamente, se considera que la evaluación de la población infantil ubicada en casas hogar podría arrojar datos importantes para considerar la aplicación de programas destinados a la prevención y/o tratamiento de la depresión.

CAPÍTULO 4.

INVESTIGACIÓN: IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN NIÑOS EN SITUACIÓN DE DESAMPARO.

Partiendo de lo expuesto anteriormente, se deduce la importancia de identificar a aquellos niños con mayor riesgo de presentar trastornos emocionales como la depresión; entre los grupos más vulnerables se encuentran los niños hospitalizados por enfermedades crónicas, los que viven en familias desestructuradas, los que han sido institucionalizados o que han sido víctimas de maltrato físico y/o sexual (Doménech, 1999).

4.1. Población infantil en riesgo: niños en situación de desamparo.

La falta de cuidados físicos o psicológicos hacia los niños, por parte de sus padres u otras personas responsables de su bienestar (Geffken, 2001), ya sea por negligencia, abandono, carencia afectiva, explotación, maltrato, abuso físico o sexual, recibe el nombre de “desamparo” (González y Morales, 2001; Martínez y Casado, 1997; Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [SNDIF], 2008).

El desamparo se da a partir de diferentes situaciones como el imposible ejercicio de los deberes de protección por orfandad, prisión o enfermedad de uno o ambos padres; incumplimiento de los deberes de protección por falta de reconocimiento paterno y/o materno del niño; e inadecuado cumplimiento de los deberes de protección por maltrato o abandono físico o emocional, o por abuso sexual (Martínez y Díaz, 1997; Mondragón y Trigueros, 2002; SNDIF, 2008).

Otros factores que podrían intervenir en la vulnerabilidad del niño son un bajo nivel cultural y educativo, falta de recursos económicos, marginación, desempleo, falta

de vivienda o vivienda inadecuada, padres alcohólicos o adictos a drogas y relaciones familiares conflictivas (Gómez, 1997; Mondragón y Trigueros, 2002; SNDIF, 2008).

Así, los niños en situación de desamparo están privados de un ambiente familiar adecuado (Martínez y Díaz, 1997) y corren un mayor riesgo de presentar serias dificultades emocionales y conductuales, que interfieren en su desarrollo, por ello, algunos de ellos pueden estar deprimidos y pueden cometer intentos suicidas (Geffken, 2001).

Es frecuente que ante estas situaciones, donde está en peligro la integridad moral, física, psicológica y educativa del niño (González y Morales, 2001), sea necesario intervenir, ya sea actuando sobre el propio medio o separando al pequeño del ambiente familiar como medida de protección, ya sea temporal o permanente (Fontana, 2003; Martínez y Díaz, 1997).

Los niños que han sido sustraídos de su hogar son remitidos a albergues, casas cuna, casas hogar, centros de asistencia infantil, entre otros y pueden permanecer desde meses hasta varios años (Fontana, 2003).

Los niños pueden ingresar por exposición voluntaria, canalización de otra institución o por solicitud de los familiares, por ejemplo cuando los padres reconocen que atraviesan por una situación difícil y no pueden prestar la atención adecuada a sus hijos (SNDIF, 2008).

Cuando el niño ha sido institucionalizado de manera temporal puede recibir visitas de su familia, lo cual, permite seguir manteniendo una relación y puede hacer posible su reinserción al núcleo familiar. Durante estas visitas, la institución es responsable de supervisar y valorar la relación entre el niño y los otros miembros de su familia para determinar si es posible reunificarla o separarla definitivamente (Martínez y Díaz, 1997).

En algunos casos, el niño puede salir con su familia los fines de semana, siempre y cuando la institución analice los riesgos y los beneficios a los que el niño podría ser expuesto (Martínez y Díaz, 1997). En algunas ocasiones se proporciona ayuda terapéutica a los padres (Herrera-Basto, 1999), siempre y cuando estén preocupados e interesados en satisfacer las necesidades emocionales del niño (Szur, 1990).

En el caso de los niños que pierden contacto permanente con su familia, ya sea porque las condiciones negativas no han cambiado o porque los padres han abandonado el hogar (Herrera-Basto, 1999), la institución es responsable de brindar información que les permita comprender las causas de la separación (Martínez y Díaz, 1997).

En el 2006, se calculaba que del total de la población infantil en México, correspondiente a 31.6 millones, 52.2 mil de ellos residían en hospitales, hospicios y otras instituciones de vivienda colectiva (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2006).

De acuerdo con el SNDIF (2008, ¶ 1), cualquier institución que brinde albergue y atención a niños vulnerables tiene como objetivo garantizar su protección y desarrollo integral, “promoviendo el acceso a los satisfactores básicos de desarrollo, al ejercicio pleno de sus derechos y a una formación con sentido humano, que potencie sus capacidades individuales y al acceso a una vida digna”.

Básicamente, los centros de asistencia a niños desamparados y en circunstancias vulnerables tienen como finalidad combatir la desigualdad social promoviendo su protección y defensa (Guadarrama, 2000).

Sin embargo, pese a estas medidas de protección, los niños institucionalizados de manera temporal o permanente pueden manifestar los efectos negativos resultantes de la separación, por lo cual también corren el riesgo de desarrollar alteraciones psicopatológicas (Martínez y Díaz, 1997).

Por tanto, el objetivo de la presente investigación es identificar la existencia de síntomas depresivos en niños internos en casas hogar del área metropolitana de la Ciudad de México a través de la *Escala de Autoevaluación de la Depresión para niños (DSRS-C)* de Birlson (Vivar et al., adaptación al español, 2005).

4.2. Método.

Población.

72 niños, 49 de género femenino y 23 de género masculino, de 8 a 12 años de edad en situación de desamparo institucionalizados en 8 centros del Área Metropolitana de la Ciudad de México (ver Tabla 6) seleccionados a través de un muestreo no probabilístico accidental.

Tabla 6. Sujetos participantes de cada institución.

<i>Nombre de la Institución</i>	<i>Niñas</i>	<i>Niños</i>	<i>Total</i>
Instituto Infancia	2	7	9
Internado Guadalupano Calacoaya, A. C.	16	----	16
Orfanatorio La Asunción	12	----	12
Casa Hogar de San Miguel Arcángel, I. A. P.	----	6	6
Casa Hogar La Rosa o Santo Tomás de Aquino	3	----	3
Casa Hogar EUDES	2	----	2
Albergue Infantil para Niñas "Inés María Gasca", A. C.	8	----	8
Casa Hogar P. A. S., Patronato de Apoyo Social, A. C.	6	10	16
<i>Total</i>	49	23	72

Escenario.

La aplicación del Inventario se llevó a cabo en lugares asignados por los responsables de cada institución, ya fuera en un aula, oficina o biblioteca que contara con mesas y sillas, tomando en cuenta la importancia de evitar la distracción de los niños.

Instrumento de Evaluación.

Escala de Autoevaluación de la Depresión para niños (DSRS-C, por sus siglas en inglés de Depression Self Rating Scale for Children) de Birlson, adaptación peruana (Vivar, et al., 2005) (ver Anexo).

Es un inventario de 21 ítems, destinado a evaluar depresión en personas de 8 a 18 años de edad, siendo aplicable tanto a niños como a adolescentes. Está compuesta por dos escalas, una de tipo positivo, a la que corresponden 9 ítems y otra de tipo depresivo de 12 ítems.

A diferencia de la primera versión de esta escala que consta de 18 ítems, la adaptación peruana en español consta de 21. En ésta, se agregaron ítems relacionados a la ideación suicida, alteraciones en la concentración, irritabilidad, desesperanza, somatización y pérdida del placer por compartir con pares; retirando un ítem de la escala original relacionado con la familia por ser considerado poco específico para el trastorno depresivo.

Para validarlo, se aplicó a 215 niños y adolescentes de ambos sexos, entre los 8 y 18 años de edad, de los cuales, 84 fueron diagnosticados con depresión, 73 presentaban trastorno de ajuste con síntomas depresivos y 158 no presentaban síntoma alguno. Se determinó la confiabilidad mediante los índices de correlación de Pearson y Spearman, obteniendo una confiabilidad de 0.89 y 0.85

respectivamente, en el grupo de pacientes deprimidos, lo cual indica que esta escala es altamente confiable para hacer el diagnóstico de depresión mayor y distimia. Mediante el coeficiente alfa de Cronbach, se encontró una consistencia interna de 0.73.

Además, se encontró un máximo equilibrio entre sensibilidad (98.8%) y especificidad (98.7%) para el punto de corte 13, lo cual significa que los valores de 13 a 21 puntos indican la presencia de síntomas depresivos o distimia, mientras que valores de 22 o superiores indican la presencia de depresión mayor.

Para aplicarlo, se destina una hoja para cada niño donde se incluyen las instrucciones, los enunciados y las posibilidades de respuesta. El tiempo de respuesta varía entre 5 y 10 minutos.

El instrumento es una escala tipo Likert, lo que permite la rápida puntuación de cada elemento y la obtención de un puntaje general. Cada ítem se puntúa de acuerdo a una escala de 0 (siempre) a 2 puntos (nunca), a excepción de los ítems de la escala negativa que se puntúan en sentido inverso. Las respuestas son:

0 Siempre

1 A veces

2 Nunca

Cabe destacar que este inventario tiene como principal ventaja su estabilidad transcultural.

Y para este estudio, se incluyeron variables demográficas para identificar a los niños institucionalizados en mayor riesgo de presentar el trastorno depresivo.

Procedimiento.

1. *Contacto con centros de atención a niños desamparados.* Se contactaron vía telefónica 30 instituciones de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México para solicitar una entrevista con los directivos o personas responsables, explicando brevemente los motivos de la presente investigación. Por cuestiones administrativas de la mayoría de las instituciones, sólo ocho de ellas aceptaron realizar dicha entrevista. Una vez presentado el proyecto y la documentación necesaria accedieron a la aplicación del inventario.
2. *Aplicación de la prueba.* En cada institución, la aplicación de los instrumentos se realizó con grupos de 2 a 5 niños, dependiendo del espacio disponible. A cada niño se le asignó un lugar y se le proporcionaron los materiales necesarios como lápiz y goma, además de una *DSRS-C*.

Antes de comenzar con el llenado, se les proporcionó una breve explicación sobre los motivos generales de la investigación, especificando que trataba sobre sentimientos, ideas y otros aspectos que les hubieran ocurrido.

Se les indicó que contaban con unos minutos para el llenado de los datos demográficos incluidos en la prueba. Posteriormente se les dieron las instrucciones pertinentes para la contestación de los ítems, se respondieron preguntas y se les solicitó guardar silencio mientras respondían.

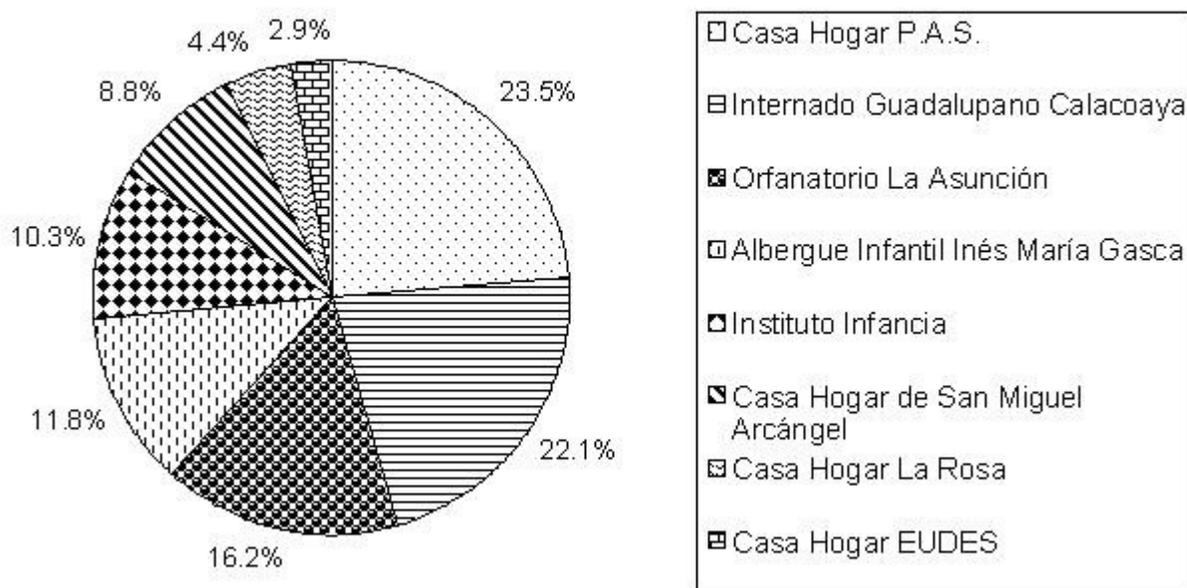
Una vez terminada cada escala, se revisaban los ítems para confirmar su llenado completo. Cuando un niño dejaba espacios en blanco se le solicitaba completarlo. Sin embargo, cuatro escalas fueron eliminadas por su llenado inadecuado.

3. *Análisis de los datos.* Se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés), versión 11.5 para Windows.

4.3. Resultados.

De los 72 inventarios aplicados, fueron excluidos cuatro de ellos por su llenado inadecuado, tres fueron respondidos por niñas y 1 por un niño. Así la muestra restante empleada para esta investigación estuvo constituida por 68 niños, 46 de género femenino y 22 de género masculino, lo que corresponde a un 67.6% y 32.4% respectivamente. Estos niños pertenecían a ocho instituciones de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ver Figura 1).

Figura 1. Porcentaje de niños participantes de cada institución.



La edad de los niños osciló entre los 8 y los 12 años, siendo la edad media de 10.01 años, con una desviación estándar de 1.4. El 19.1% de la muestra estuvo constituido por niños de 8 años, otro 19.1% por niños de 9 años, 23.5% de 10 años, 17.6% de 11 años y 20.6% de 12 años de edad.

En cuanto al grado escolar, se contó con niños de primer año de primaria hasta primer año de secundaria (ver Tabla 7); encontrando que la mayoría de ellos (23.5%) tienen una escolaridad que alcanza el cuarto año de educación primaria.

Tabla 7. Distribución de los participantes de acuerdo al grado escolar cursado.

Nivel de Estudios	Grado Escolar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	Primero	1	1.5
	Segundo	7	10.3
	Tercero	14	20.6
	Cuarto	16	23.5
	Quinto	14	20.6
	Sexto	13	19.1
Secundaria	Primero	3	4.4

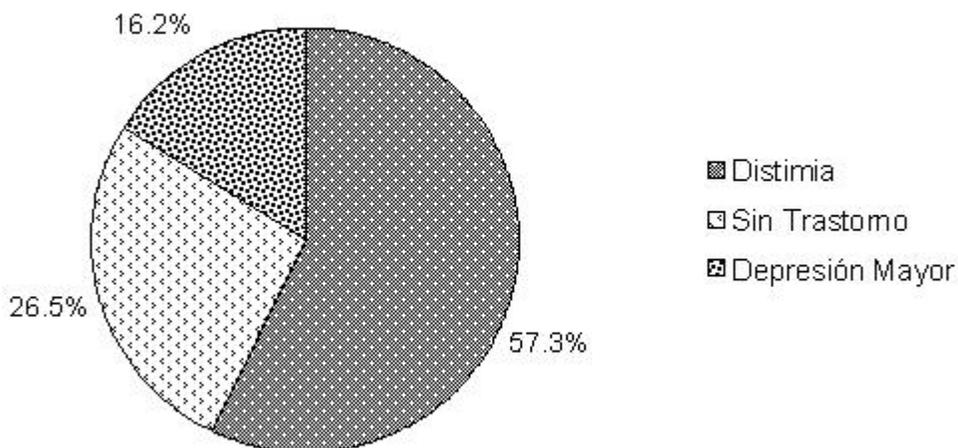
El tiempo de institucionalización de cada niño variaba de 2 meses a 11 años, motivo por el cual se consideraron los años de permanencia en cada centro. Se encontró que el 29.4% de la muestra tenía al menos un año dentro de las casas de atención, mientras que sólo un 1.5% alcanzaba los once años de institucionalización. Por otra parte, el tiempo promedio de estancia dentro de dichas instituciones fue de 3.5 años, con una desviación estándar de 2.6 años.

Además, se encontró que el 61.8% de los niños tenían menos de 3 años dentro de alguna institución, un 20.6% tenía de 3 a 6 años, un 14.7% menos de 9 años y un 2.9% hasta 11 años.

Las puntuaciones obtenidas a través de la aplicación de la Escala de Autoevaluación de la Depresión para Niños (DSRS-C) variaron de 2 a 31 puntos, siendo el puntaje promedio de 16.

Considerando el punto de corte 13 para la distimia y 22 para el trastorno depresivo mayor, se encontró que más de la mitad de la muestra (57.3%) presenta un trastorno distímico, un 16.2% fue diagnosticado con depresión mayor y alrededor del 26.5% de los niños no muestra síntomas característicos de la depresión (ver Figura 2).

Figura 2. Porcentaje de niños de acuerdo al diagnóstico realizado a partir de la aplicación de la DSRS-C.



En la Tabla 8 se observa la frecuencia de niños y niñas que presentaron distimia, depresión mayor o no mostraron síntomas característicos del trastorno depresivo.

Tabla 8. Presencia de síntomas depresivos en la muestra infantil.

Género	Diagnóstico		
	Sin Trastorno	Distimia	Depresión Mayor
	f	f	f
Masculino	8	13	1
Femenino	10	26	10
Total	18	39	11

Partiendo de esta información, respecto al género, se encontró que del total de niñas (n=46), 56.5% presentaron distimia y 21.7% presentaron trastorno depresivo mayor; del total de niños (n=22), 59.1% presentaron trastorno distímico y 4.5% depresión mayor, mientras que los restantes no contaban con la sintomatología característica de dicho trastorno.

Se realizaron análisis estadísticos para examinar las diferencias entre el puntaje total obtenido en la DSRS-C y el género de los niños a través de la prueba t de Student, sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas ($t=-1.922$, gl 66, $p>.05$).

Además, se llevó a cabo la prueba ANOVA para examinar las discrepancias del puntaje total de acuerdo a la edad ($F=.928$, gl 4, $p>.05$), grado escolar ($F=.443$, gl 6, $p>.05$) y tiempo de institucionalización ($F=1.024$, gl 10, $p>.05$) y en la comparación de los diferentes centros que participaron en la presente investigación ($F=.984$, gl 7, $p>.05$), sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas.

También se contrastaron los reactivos relacionados a la ideación suicida (ítem 10 y 21) con las variables demográficas. Al comparar el ítem 10 (“pienso que no vale la pena vivir”) con dichas variables, donde se incluye género ($t=1.166$, gl 66, $p>.05$), edad ($F=1.130$, gl 4, $p>.05$), grado escolar ($F=.355$, gl 6, $p>.05$) y tiempo de institucionalización ($F=.597$, gl 10, $p>.05$), no se encontraron diferencias significativas.

Tampoco se encontraron diferencias significativas en el ítem 21 (“pienso muy en serio en la muerte o en matarme”) al compararlo con las variables demográficas, como género ($t=-1.128$, gl 66, $p>.05$), edad ($F=1.038$, gl 4, $p>.05$), grado escolar ($F=1.295$, gl 6, $p>.05$) y tiempo de institucionalización ($F=.657$, gl 10, $p>.05$). Por tanto ninguna de ellas explica la presencia de dichos pensamientos.

Sólo se encontraron diferencias significativas entre las ideas de suicidio y el puntaje total obtenido en la prueba ($F=8.134$, gl 2, $p<.05$), por tanto aquellos niños cuyo diagnóstico corresponde a depresión mayor y que puntuaron comparativamente más alto que los niños sin trastorno y con distimia, presentan ideas suicidas con mayor frecuencia.

4.4. Discusión y conclusiones.

Considerando que los niños mayores de 7 años tienen más probabilidades de desarrollar problemas o alteraciones que puedan afectar su salud y estabilidad emocional (Rico, et al.,1998), sobre todo si se encuentran ante una situación donde está en peligro su integridad (González y Morales, 2001), esta investigación tuvo como objetivo diagnosticar la presencia de síntomas depresivos en un sector de la población infantil que se encuentra en riesgo, dicho sector hace referencia a aquellos niños institucionalizados en centros de protección infantil y que se encuentran en situación de desamparo.

La muestra evaluada estuvo constituida por niños de diferentes centros de asistencia infantil que aceptaron la aplicación del inventario, por tanto, es considerada una muestra no probabilística accidental; asimismo, los resultados obtenidos sólo son representativos de dicho grupo y su alcance es limitado, es decir, no es posible generalizarlos a toda la población que cuente con características similares.

Por otra parte, los resultados sugieren que ninguna de las variables contempladas en este estudio explica la presencia o ausencia de síntomas depresivos, por tanto, ni la edad, sexo, grado escolar, tiempo de institucionalización o permanencia en uno u otro centro pueden considerarse como desencadenantes directos de este trastorno. Sin embargo, es importante destacar algunos aspectos concernientes a la muestra evaluada.

Barlow y Durand (2003) señalan que a medida que asciende la edad del niño, la depresión se presenta con mayor frecuencia; y aunque en este estudio no se encontraron diferencias significativas al comparar la edad con el diagnóstico, en la muestra se encontró que un mayor porcentaje de niños cuya edad es de 8 años presenta distimia (16.17%) y, en lo referente a depresión mayor, los niños de 11 y

12 años de edad presentan un mayor porcentaje (8.82%) si se compara el mismo diagnóstico en los grupos de edad restantes.

En estudios realizados por Álvarez, Guajardo y Messen (1986) y Martínez-Otero (2007), el porcentaje de la sintomatología depresiva en las niñas fue superior al de los niños, encontrando porcentajes similares a los esperados durante la adolescencia. Y aunque los resultados de esta investigación no revelan diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por el género masculino y femenino, también se encontró un predominio de depresión en las niñas, por ejemplo, en el caso de la distimia, se encontró que de los 39 casos detectados, 26 correspondían al género femenino y en depresión mayor 10 de los 11 casos detectados, también correspondían a las niñas. Estos datos tal vez se deban a la cantidad tan dispar de niñas y niños a los cuales se aplicó la escala, por tanto, podría ser una variable que se deba controlar en futuros estudios.

De La Peña, et al. (1996) plantean una edad de inicio de los 8 a los 9 años para la distimia y de los 10 a los 11 años para el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, en esta muestra se encontraron casos tanto de distimia como de depresión mayor en todos los grupos de edad, comprendidos de los 8 a los 12 años, así, es posible que la depresión mayor comience desde edades más tempranas y como subrayan varios autores que los síntomas depresivos se manifiesten incluso desde el nacimiento (Del Barrio, 2000b; Doménech, 1999; Méndez, 2001; Waslick, et al., 2003).

Además, se confirma lo planteado por Barlow y Durand (2003), quienes apoyan que en los niños más pequeños el trastorno distímico es más frecuente en comparación con el trastorno depresivo mayor, ya que en la presente investigación, se encontró que más de la mitad de los niños que constituyeron la muestra padecen distimia (57.3%), mientras que sólo un poco más de la cuarta parte presenta depresión mayor (26.5%); esto indica que los niños que se

encuentran en una edad fluctuante entre los 8 y los 12 años pueden presentar de manera común el trastorno distímico.

En investigaciones realizadas por Álvarez, et al. (1986) y Martínez-Otero (2007), se encontraron cifras correspondientes a 8 y 8.28% de niños afectados por depresión, mientras que Ramírez y Ramírez (1999) estimaron que un 18.22% de la muestra presentaba la sintomatología característica de este trastorno. Estos resultados son inferiores a los encontrados en este estudio (73.5%), lo que sugiere grandes diferencias posiblemente ocasionadas a las características de la población, ya que las investigaciones antes citadas fueron realizadas con niños referidos por su pediatra o sus padres y en muestras de escolares.

Rico, et al. (1998) plantean que los niños cuya edad se encuentra entre los 8 y los 12 años tienen mayor probabilidad de presentar problemas emocionales de diversos tipos. Y en esta muestra se comprueba la presencia de trastornos depresivos. Sin embargo, sería conveniente realizar estudios donde se compare este grupo de edad con otras superiores e inferiores.

Es importante recordar que el trastorno depresivo es considerado también como un factor importante que influye en la manifestación de ideas y conductas relacionadas al suicidio (Sevilla, et al., 2004; Waslick, et al., 2003). Al respecto, se encontró que los niños cuyo diagnóstico corresponde a depresión mayor presentan de forma más frecuente ideas de suicidio en comparación con otros diagnósticos; así, el 100% de los niños con depresión mayor tienen pensamientos de muerte, mientras que éstos últimos se presentan en un 53.85% de los niños con trastorno distímico.

Los datos obtenidos muestran un número considerable de niños con síntomas depresivos y aunque la muestra no sea representativa o sus resultados no puedan extrapolarse a otros grupos, se reconoce la necesidad de realizar una detección

oportuna y pueda proporcionarse el tratamiento adecuado para abordar el problema.

Debido a asuntos relacionados con el manejo de información y a la confidencialidad, no fue posible obtener datos concernientes a la influencia del entorno familiar y de la presencia regular o inexistente de los padres sobre el desarrollo de síntomas depresivos en los niños institucionalizados, sobre todo si se toma en cuenta que algunos se encuentran de manera temporal y otros de forma permanente en los centros de asistencia, circunstancias que han sido mencionadas por Martínez y Díaz (1997) como determinantes para desplegar en el niño una mejor satisfacción de sus necesidades físicas y emocionales.

Lo anterior, podría ser de utilidad para futuras investigaciones cuyo fin sea corroborar el papel que ejerce el ambiente familiar en el desarrollo de patologías infantiles como la depresión, en especial, si puede representar un factor de riesgo para los niños que se encuentran en situación de desamparo. Tal como sugiere Martínez-Otero (2007) al señalar la necesidad de identificar aquellos factores que podrían representar un riesgo para la aparición de un trastorno como ocurre con la depresión, lo cual tendría como utilidad el desarrollo de programas preventivos y de tratamiento más eficaces que fomenten la salud mental y emocional de los niños.

De la misma forma, para detectar otros posibles riesgos en los que se encuentren los niños internos dentro de casas hogar también se sugiere el establecimiento de muestras control constituidas por niños que no tengan las mismas características.

Dada la estabilidad transcultural de la *Escala de Autoevaluación de la Depresión para niños (DSRS-C)* elaborada por Birlson (1980, en De La Peña, et al., 1996; Vivar, et al., 2005), se enfatiza su utilidad para diagnosticar el trastorno depresivo, que a su vez, permitiría el diseño e implementación de estrategias de intervención

y la toma de medidas eficaces en escuelas, sistemas de protección infantil, entre otros.

Álvarez, et al. (1986) sugieren la necesidad de emplear pruebas como la de Birleson para detectar posibles casos de depresión en niños que se encuentran en riesgo, principalmente los niños hospitalizados, institucionalizados u otros que estén en una situación de peligro social. Dada la morbilidad y comorbilidad de la depresión, esta escala tiene como principal ventaja su fácil aplicación y la rápida detección de aquellos niños que presentan síntomas y se encuentran en riesgo de presentar el trastorno.

El ISEM (2006) estima que la prevalencia de depresión puede alcanzar un 2.5% de la población infantil. Si se considera que es un problema que puede incrementarse a medida que asciende la edad y puede continuar hasta la edad adulta, reduciendo de manera considerable la calidad de vida de los individuos, se hace importante tomar medidas que permitan la participación de profesionales de la salud mental y también de las personas que se encuentran en contacto con el niño, ya sean padres, profesores o cuidadores.

Aunque la depresión infantil comenzó a ser explorada desde hace varias décadas, se localizaron pocos estudios y la mayoría de ellos tienen como fin la estandarización de pruebas psicométricas o han sido dirigidos de forma importante a la población escolar, posiblemente por su fácil acceso. Sin embargo, aunque haya una gran cantidad de pequeños dentro de una escuela, reflejan diferencias importantes en varios aspectos de su vida, lo cual pone énfasis en la delimitación de características más precisas para conformar una muestra.

Steinhausen y Reitzle (1996) conformaron una muestra de niños institucionalizados en centros de atención hospitalaria, por tanto, aunque destacan el papel de la relación que el niño mantiene o no con sus padres mientras permanece interno, no contempla el caso de niños en situación de desamparo. Por

consiguiente, no se localizaron estudios que incluyeran al tipo de población contemplada, lo cual resalta la necesidad de tomar en cuenta que la población infantil institucionalizada en centros de asistencia o casas hogar tiene características que la ponen en grave riesgo, ante ello es indispensable realizar más estudios que disminuyan este peligro y generen alerta entre las instituciones responsables del cuidado infantil puesto que su desarrollo dependerá de la atención y ayuda que se les brinde.

De esta manera, se sugiere la inclusión de psicólogos clínicos en las instituciones dedicadas a la protección de niños que se encuentran en situación de desamparo, cuya ventaja tendría la prevención y el tratamiento oportuno de trastornos de carácter emocional como la depresión, principalmente porque al constituirse como un hogar sustituto pueden desempeñar un importante papel en el mantenimiento y recuperación de la salud mental de los niños. Cabe destacar que de los 8 centros de protección infantil que participaron en esta investigación, sólo cuatro (50%) contaban con la ayuda de psicólogos clínicos de manera temporal o permanente.

Este tipo de investigaciones destacan el papel del psicólogo clínico, principalmente su labor para evaluar, diagnosticar, tratar y prevenir algunos padecimientos que aquejan a la población en cuestiones de salud mental. Asimismo se resalta su responsabilidad a través de la formación continua para llevar a cabo su labor de una manera más eficiente y la importancia de realizar su trabajo de forma intra e interdisciplinaria a fin de lograr el desarrollo integral y óptimo del pequeño, lo cual permitiría realizar estudios cuyo fin sea atender a la población seleccionada y además incrementar el conocimiento de la psicología clínica.

Pero independientemente de que la depresión infantil sea un problema que va en aumento, se destaca su presencia y se vuelve indispensable desarrollar formas de evaluación, tratamiento y prevención, sobre todo para afrontarla de manera eficaz, ya que la depresión infantil existe y no puede ser ignorada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Álvarez, E., Guajardo, H. y Messen, R. (1986). Estudio exploratorio sobre una escala de autoevaluación para la depresión en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 57 (1), 21-25. Recuperado el 24 de Junio del 2007, de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v57n1/art03.pdf>
- Álvarez, J. y Alfonso, J. (1997). Un caso de depresión. En: D. Macía y F. Méndez. (Comp.). *Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Estudio de Casos* (pp. 101-117). Madrid: Pirámide.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* [Versión Electrónica, CD-ROM].
- Barlow, D. y Durand, V. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thomson.
- Bas, F. y Andrés, V. (1996). Evaluación de procesos y constructos psicológicos de la depresión. En: G. Buena-Casal, V. Caballo y J. Sierra. (Dir.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 227-267). España: Siglo XXI.
- Basurte, V. E. (1998). Tratamiento de la depresión en el paciente con enfermedad médica concomitante. En: M. A. Chinchilla. (Comp.). *Tratamiento de las depresiones* (pp. 285-294). España: MASSON.
- Baumann, U. y Perrez, M. (1994). *Manual de psicología clínica*. España: Herder.
- Beck, A. y Clark, D. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En: I. Caro. (Comp.). *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 119-129). España: Paidós.

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2005). *Terapia Cognitiva de la depresión*. España: Desclée De Brouwer.
- Bedirhan, Ü. T. (2002). El coste mundial de la depresión en el siglo XXI. En: M. M. Weissman. (Comp.). *Tratamiento de la depresión. Una puerta al siglo XXI* (pp. 33-42). España: Ars Médica.
- Belló M., Puentes-Rosas E., Medina-Mora M. E. y Lozano R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*. 47 (1), 4-11. Recuperado el 08 de Noviembre del 2006, de <http://www.bvs.insp.mx>
- Benjet C., Borges G., Medina-Mora M. E., Fleiz-Bautista C. y Zambrano-Ruiz J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*. 46 (5), 417-424. Recuperado el 08 de Noviembre del 2006, de <http://www.bvs.insp.mx>
- Bernabé, R. E. (1998). Depresión en la tercera edad. En: M. A. Chinchilla. (Comp.). *Tratamiento de las depresiones* (pp. 276-284). España: MASSON.
- Bernardo, M. (2000). Epidemiología. En: R. J. Vallejo y F. C. Gastó. (Comp.). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 217-226). España: MASSON.
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1995). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill.
- Bousoño, G. M., Fernández, D. J. M., González-Quirós, M. L. M. y Bobes, G. J. (2003). Manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos. En: G. Bobes, G. Bousoño, M. González y M. Sáiz. (Comp.). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 93-103). España: MASSON.

- Bousoño, G., Sáiz, M., González, M. y Bobes, G. (2003). Tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión en situaciones especiales. En: G. Bobes, G. Bousoño, M. González y M. Sáiz. (Comp.). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 197-216). España: MASSON.
- Bragado, C. y García-Vera, M. (1998). Trastornos emocionales en niños y adolescentes. En: P. Vallejo. (Dir.). *Manual de terapia de conducta* (Vol. II, pp. 497-562). España: Dykinson.
- Braswell, L. & Kendall, P. (2001). Cognitive-Behavioral therapy with youth. En: K. Dobson. (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 246-294). USA: The Guilford Press.
- Brooks-Gunn, J., Petersen, A. C. & Compas, B. E. (1995). Physiological processes and the development of childhood and adolescent depression. En: I. M. Goodyer. (Ed.). *The depressed child and adolescent. Developmental and clinical perspectives* (pp. 81-109). Great Britain: Cambridge University Press.
- Buela-Casal, G., López, M., Rodríguez, I. y Sierra, J. (2001). Habilidades terapéuticas y del terapeuta. En: G. Buela-Casal y J. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 25-40). España: Biblioteca Nueva.
- Calderón, N. G. (2001). *Depresión*. México: Trillas.
- Cameron, C. y Vázquez, C. (1997). Taxonomía cognitiva, psicopatología y psicoterapias cognitivas. En: I. Caro. (Comp.). *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 53-70). España: Paidós.

- Carey, M. (1993). Child and adolescent depression. Cognitive-Behavioral strategies and interventions. En: J. Finch, M. Nelson & S. Ott. (Comp.). *Cognitive-Behavioral procedures with children and adolescents. A practical guide* (pp. 289 - 314). USA: Allyn and Bacon.
- Carney, D. C. (2000). Epidemiology, risk factors, and prevention. En: J. L. Levenson. (Ed.). *Depression* (pp. 23-45). USA: American Collage Physicians.
- Caro, I. (1991). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión: el modelo de Beck. En: G. Buela-Casal y V. Caballo. (Comps). *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 345-361). España: Siglo XXI.
- Casullo, M. M. (2001). Depresión y suicidio en la adolescencia. En: C. Saldaña. (Dir. y Coord.). *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente* (pp. 83-99). España: Pirámide.
- Casullo, M. M. (2003). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. Argentina: Paidós.
- Catalán, R. (2000). Factores psicosociales. En: R. J. Vallejo y F. C. Gastó. (Comp.). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 227- 241). España: MASSON.
- Ceverino, M., Baca, E., Díaz, C. y Saiz, J. (2004). Comportamientos suicidas y trastornos depresivos. En: J. Bobes, P. Sáiz, M. García-Portilla, M. Bascarán y M. Bousoño. (Comp.). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento* (pp. 138-177). España: Ars Medica.
- Compas, B. y Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill.

- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (1998). *Psicología clínica y de la salud*. Recuperado en Enero del 2007, de <http://www.cop.es>
- Consejo Nacional de Población. (2006, abril). *20% de los niños latinoamericanos viven en nuestro país. Hay 31.6 millones de niños en México* (Comunicado de Prensa 16/06). Recuperado el 18 de Octubre del 2006, de <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2006/162006bol.pdf>
- Contreras, F. (2000). Teoría psicodinámica de la depresión. En: R. J. Vallejo y F. C. Gastó. (Comp.). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 489-493). España: MASSON.
- De Grado, G. E. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión. En: M. A. Chinchilla. (Comp.). *Tratamiento de las depresiones* (pp. 199-213). España: MASSON.
- De La Peña, F., Lara, C., Cortés, J., Nicolini, H., Páez, F. y Almeida, L. (1996). Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*. 19 (suplemento Octubre), 17-23.
- De La Peña, F., Ulloa, R. E. y Paez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*. Número Especial, 88-92.
- Del Barrio, V. (1997). *Depresión infantil. Causas, evaluación y tratamiento*. España: Ariel.
- Del Barrio, V. (2000a). *La depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones*. España: Aljibe.

- Del Barrio, V. (2000b). Trastornos depresivos. En: B. González. (Coord. y Dir.). *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 229-262). España: Pirámide.
- Del Barrio, V. (2006). La evaluación de la depresión en el niño y el adolescente. En: V. Caballo. (Dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 115-138). España: Pirámide.
- Díaz, J., Bousoño, M. y Bobes, J. (2004). Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas. En: J. Bobes, P. Sáiz, M. García-Portilla, M. Bascarán y M. Bousoño. (Comp.). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento* (pp. 1-10). España: Ars Médica.
- Doménech, E. (1988). Prevención de la depresión infantil. En: A. Polaino. (Comp.). *Las depresiones infantiles* (pp. 217-247). España: Morata.
- Doménech, E. (1999). Depresiones tempranas en la infancia. En: J. Buendía. (Comp.). *Psicología clínica. Perspectivas actuales* (pp. 75-96). España: Pirámide.
- Emslie, G. & Mayes, T. (2000). Depression in children and adolescents. A guide to diagnosis and treatment. En: K. Palmer. (Ed.). *Topics in pediatric psychiatry* (pp. 45-53). Hong Kong: Adis International.
- Ezpeleta, L., Doménech, E. y Polaino, A. (1988). Escalas de evaluación de la depresión infantil. En: A. Polaino. (Comp.). *Las depresiones infantiles* (pp. 275-277). España: Morata.
- Fernández, L. R. (2000). Bases biológicas de la depresión. En: A. Grau y J. Meneghello. (Ed. y Dir.). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia* (pp. 380-391). Argentina: Médica Panamericana.

- Fielding, D. (1997). El trabajo con niños y adolescentes. En: J. Marzillier y J. Hall. (Comp.). *¿Qué es la psicología clínica?* (pp. 99 - 132). España: Promolibro.
- Fontana, V. (2003). *En defensa del niño maltratado*. México: Pax México.
- Freeman, A. y Oster, C. (2002). Terapia cognitiva de la depresión. En: V. Caballo. (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (Vol. 1. pp. 543-574). España: Siglo XXI.
- Friedberg, R. y McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Conceptos esenciales*. España: Pirámide.
- Friedman, E. S. y Thase, M. E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En: V. Caballo, G. Buela-Casal y J. Carroble. (Dir.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 619-681). España: Siglo XXI.
- Froján, P. M. X. (1998). *Consultoría conductual*. España: Pirámide.
- García, H. V. (1992). El trabajo profesional del psicólogo en el campo del desarrollo infantil. En: J. Urbina. (Comp.). *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva* (pp. 595 - 605). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- García, J. y Rodríguez, J. (2000). Depresión en la adolescencia: presentación de un caso. En: F. Méndez y A. Macia. (Comp.). *Modificación de conducta con niños y adolescentes* (pp. 108-128). España: Pirámide.
- Gastó, C. y Vallejo, J. (2000). Biología. En: R. J. Vallejo y F. C. Gastó. (Comp.). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 436-468). España: MASSON.

- Geffken, G. (2001). Evaluación y tratamiento de niños y adolescentes. En: S. Cullari. (Comp.). *Fundamentos de la psicología clínica* (pp. 216 - 248). México: Pearson.
- Gómez, I. (1997). Etiopatogenia. En: J. Casado, J. Díaz y C. Martínez. (Dir.). *Niños maltratados* (pp. 27-32). España: Díaz de Santos.
- González, E. S. y Valdez, M. J. L. (2005). Significado de la depresión en médicos y psicólogos. *Psicología y Salud*. 15 (2), 257-262.
- González, G. M. J. (1998a). Etiopatogenia: hipótesis psicosociales de los trastornos del humor. En: M. A. Chinchilla. (Comp.). *Tratamiento de las depresiones* (pp. 49-52). España: MASSON.
- González, G. (1998b). Tratamiento de los trastornos del humor en la infancia y la adolescencia. En: M. Chinchilla. (Comp.). *Tratamiento de las depresiones* (pp. 268-275). España: MASSON.
- González, E. y Morales, J. (2001). Análisis del desamparo y del conflicto social. En: E. González. (Coord.). *Menores en desamparo y conflicto social* (pp. 25-84). España: Editorial CCS.
- Goodyer, I. M. (1995). Life events and difficulties: their nature and effects. En: I. M. Goodyer. (Ed.). *The depressed child and adolescent. Developmental and clinical perspectives* (pp. 171-193). Great Britain: Cambridge University Press.
- Granados, J. A. y Ortiz, L. (2003). Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*. 26 (1), 42-50.

- Guadarrama, G. (2000). *Perspectivas para el desarrollo institucional de la asistencia social en los municipios*. Recuperado el 20 de Septiembre del 2006, de <http://www.cmq.edu.mx/docinvest/document/DI41181.pdf>
- Hall, J. y Marzillier, J. (1997). *¿Qué es la psicología clínica?*. España: PROMOLIBRO.
- Harrsch, C. (2005). *Identidad del psicólogo*. México: Pearson.
- Heiby, E. y García-Hurtado, J. (1994). Evaluación de la depresión. En: R. Fernández-Ballesteros. (Comp.). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 388-425). España: Pirámide.
- Herrera, A. y Maldonado, A. (2002). Cognición y depresión: ¿causa o efecto?. *Psicología Conductual*. 10 (2), 269-285.
- Herrera-Basto, E. (1999). Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Salud Pública de México*. 41 (5), 420-425. Recuperado el 06 de Septiembre del 2006, de <http://www.scielosp.org/scielo.php>
- Huerta, G. M. (1999). Psicoterapia y depresión. En: M. A. Chinchilla. (Comp.). *Guía terapéutica de las depresiones* (pp.67-72). España: MASSON.
- Instituto de Salud del Estado de México. (2006, agosto). *Niños con aislamiento o tranquilidad excesiva, síntomas de depresión: ISEM* (Boletín 228). Recuperado el 13 de Noviembre del 2006, de <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005*. Recuperado el 05 de Junio del 2008, de <http://www.inegi.gob.mx>

- Jiménez, L., Sáiz, P., Paredes, B. y Bobes, J. (2004). Epidemiología de los comportamientos suicidas. En: J. Bobes, P. Sáiz, M. García-Portilla, M. Bascarán y M. Bousoño. (Comp.). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento* (pp. 11-23). España: Ars Médica.
- Kolvin, I. (1995). Childhood depression: clinical phenomenology and classification. En: I. M. Goodyer. (Ed.). *The depressed child and adolescent. Developmental and clinical perspectives* (pp. 111-125). Great Britain: Cambridge University Press.
- Leahy, R. & Holland, S. (2000). *Depression. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. USA: The Guilford Press.
- Lewinsohn, P., Gotlib, I. y Hautzinger, M. (2002). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En: V. Caballo. (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (Vol. 1. pp. 493-541). España: Siglo XXI.
- Martínez, B. S., Sánchez, G. A., Delgado, G. J. M., Fernández, F. C. y Rodríguez, S. L. F. (2003). Epidemiología. En: G. J. Bobes, G. M. Bousoño, G. M. P. González y M. P. A. Sáiz. (Comp.). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 1-16). España: MASSON.
- Martínez, C. y Casado, J. (1997). Maltrato pasivo: omisión, negligencia y abandono. En: J. Casado, J. Díaz y C. Martínez. (Dir.). *Niños maltratados* (pp. 139-144). España: Díaz de Santos.
- Martínez, C. y Díaz, J. (1997). El niño que vive en una institución. Necesidades afectivas, psicosociales y sanitarias. En: J. Casado, J. Díaz y C. Martínez. (Dir.). *Niños maltratados* (pp. 269-277). España: Díaz de Santos.

- Martínez-Otero, V. (2007). Sintomatología depresiva en niños: estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid Capital. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 10 (3), 73-88. Recuperado el 27 de Marzo del 2008, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Méndez, F. (2001). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. España: Pirámide.
- Méndez, F., Rosa, A., Montoya, M., Espada, J. y Olivares, J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión en la infancia y adolescencia. En: A. Pérez, H. Fernández, R. Fernández y V. Amigo. (Coords.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 57-85). España: Pirámide.
- Méndez, X., Rosa, A., Montoya, M., Espada, P., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa?. *Psicología Conductual*. 10 (3), 563-580.
- Mondragón, J. y Trigueros, I. (2002). *Intervención con menores. Acción socioeducativa*. España: NARCEA.
- Montes, R. J. M. (1998a). Epidemiología. En: M. A. Chinchilla. (Comp.). *Tratamiento de las depresiones* (pp. 27-30). España: MASSON.
- Montes, R. J. M. (1998b). Etiopatogenia de los trastornos afectivos. En: M. A. Chinchilla. (Comp.). *Tratamiento de las depresiones* (pp. 39-48). España: MASSON.
- Moore, M. & Carr, A. (2001). Depression and grief. En: A. Carr. (Ed.). *What works with children and adolescents?* (pp. 203-232). Great Britain: Brunner-Routledge.

- Moreno, G. (2001). *Terapia de conducta en la infancia*. España: Pirámide.
- Moreno, J., Campos, M. G., Lara, C. y Torner, C. (2006). El sistema serotoninérgico en el paciente deprimido: Primera parte. *Salud Mental*. 28 (6), 20-26.
- Mufson, L. y Velting, D. M. (2003). Psicoterapia para la depresión y el comportamiento suicida en niños y adolescentes. En: D. Shaffer y B. Waslick. (Comp.). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes* (pp. 41-78). Barcelona: Ars Médica.
- Orejudo, H. S. y Froján, P. M. X. (1998). Estado de ánimo deprimido: El cambio a través de la búsqueda de nuevas interpretaciones de los acontecimientos. En: P. M. X. Froján. (Dir. y Coord.). *Consultoría conductual* (pp. 111-131). España: Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *CIE-10: CDI-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Recuperado el 08 de Noviembre del 2006, de http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Depression*. Recuperado el 15 de Noviembre del 2006, de http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- Pérez, A. (1988). *Psicología clínica. Problemas fundamentales*. México: Trillas.

- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 13 (3), 493-510. Recuperado el 27 de Mayo del 2008, de <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Pérez, A. M. y García, J. M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En: A. M., Pérez, H. J. R., Fernández, R. C. Fernández, y V. I. Amigo. (Coord.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 161-189). España: Pirámide.
- Pérez, A. T., Costero, T. A. y Martín, G. M. L. (2004). Trastornos depresivos. En: G. L. Chamorro. (Coord.). *Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria* (pp. 51-64). España: Ars Medica.
- Persons, J. B. & Fresco, D. M. (1997). Assesment of depression. En: A. Bellack & M. Hersen. *Behavioral assessment. A practical handbook* (pp. 210-231). USA: Allyn and Bacon.
- Phares, E. y Trull, T. (2003). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson.
- Polaino, A. y Villamisar, D. (1988). Diagnóstico y evaluación de las depresiones infantiles. En: A. Polaino. (Comp.). *Las depresiones infantiles* (pp. 71-96). España: Morata.
- Ramírez, M. y Ramírez, J. (1999). Relación entre actividades placenteras, locus de control y depresión en escolares. *Psicología Iberoamericana*. 7 (1), 39-48.
- Rico, H., Magis, C., Guerrero, M., Gómez, M., Ruiz, C., Vargas, O. y Silva, J. (1998). La frecuencia de los trastornos mentales en los niños escolares de primer grado de primaria. *Salud Mental*. 21 (4),12-18.

- Rojtenberg, S. L. (Comp.). (2001). *Depresiones y antidepresivos*. Argentina: Panamericana.
- Roy, M. J. & Kroenke, K. (2000). Diagnosis. En: J. L. Levenson. (Ed.). *Depression* (pp. 47-74). USA: American Collage Physicians.
- Salamero, M. (2000) Escalas de evaluación de la depresión. En: R. J. Vallejo y F. C. Gastó. (Comp.). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 511-517). España: MASSON.
- Salinas R. J. L. (1998, agosto). La Aplicación de Técnicas Cognitivo y Conductuales para el Tratamiento de la Depresión: Un Caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Recuperado en Octubre del 2006 de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Sánchez, G. A., Fernández, D. J. M., Iglesias, G. C. y González, S. J. C. (2003). Factores etiopatogénicos. En: G. J. Bobes, G. M. Bousoño, G. M. P. González y M. P. A. Sáiz. (Comp.). *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria* (pp. 17-36). España: MASSON.
- Sandoval, G. L., López, R. J., Flores, D. J., Mendieta, C. D. y Lugoles, J. (1999). La influencia de la personalidad en la valoración de la depresión mediante el cuestionario autoaplicable de Beck. *Psiquiatría*. 15 (3), 56-60.
- Secretaría de Salud. (2006, agosto). *La depresión pasará del 4º lugar en el 2000 al 2º sitio en 2020 como causa de incapacidad: ISEM* (Boletín 243). Recuperado el 13 de Noviembre del 2006, de <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php>

- Serra, C. (1992). El campo de trabajo del psicólogo clínico en México. En: J. Urbina (Comp.). *El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva* (pp. 637 – 659). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Sevilla, J., Parellada, M., Moreno, D., Basurte, I. y Arango, C. Prevención del suicidio en niños y adolescentes. (2004). En: J. Bobes, P. Sáiz, M. García-Portilla, M. Bascarán y M. Bousoño. (Comp.). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento* (pp. 362-369). España: Ars Médica.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (2008). *Atención Integral a Niñas, Niños y Adolescentes en Desamparo*. Recuperado el 26 de Febrero del 2008, de <http://dif.sip.gob.mx/infanciaadolescencia/?contenido=216#>
- Skinner, B. (1986). *Ciencia y conducta humana*. España: Martínez Roca.
- Sood, A. & Sood, R. (2000). Depression in children and adolescents. En: J. Levenson. (Ed.). *Depression* (pp. 225-249). USA: American Collage Physicians.
- Soriano, P. A. M., Díaz, M. A., Ochoa, M. M. G., Valencia, G. F. J., García, S. y Meza, D. E. G. (2004). Depresión y flexibilidad mental. *Psiquiatría*. 20 (1), 24-35.
- Steinhausen, H. & Reitzle, M. (1996). The validity of mixed disorders of conduct and emotions in children and adolescents: a research note. *Journal Child Psychology and Psychiatry*. 37 (3), 339-343.
- Stephen, M. J. (2000). Depression, medical illness, and health care. En: J. L. Levenson. (Ed.). *Depression* (pp. 1-21). USA: American Collage Physicians.

- Strickland, B. (2001). Historia e Introducción a la psicología clínica. En: S. Cullari (Comp.). *Fundamentos de psicología clínica* (pp. 1- 25). México: Pearson.
- Strock, M. (2002). *Depresión* (Folleto No. 01-3561SP). E. U. A.: Instituto Nacional para la Salud Mental (NIMH). Recuperado el 24 de Junio del 2007, de <http://entline.free.fr/index.php>
- Szur, R. (1990). Maltrato emocional y abandono. En: P. Maher. (Coord.). *El abuso contra los niños. La perspectiva de los educadores* (pp. 147-174). México: Grijalbo.
- Toro, J. (2000). Depresión y ansiedad en la infancia y adolescencia. En: R. Vallejo y F. Gastó. (Comp.). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 868- 883). España: MASSON.
- Truax, P., Tritch, A. & Carver, B. (2006). Depression. En: M. Hersen. (Comp.). *Clinician's handbook of adult behavioral assessment* (pp. 209-234). USA: Elsevier.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G. y Nieto-Moreno, M. (2006). La evaluación de la depresión en adultos. En: V. Caballo. (Dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 89-114). España: Pirámide.
- Vázquez, C., Nieto, M., Hernangómez, L. y Hervás, G. (2005). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. En: J. Espada, J. Olivares y F. Méndez. (Coord.). *Terapia psicológica. Casos prácticos* (pp. 201-231). Madrid: Pirámide.

- Vilanova, A. (1995). Historia de la psicología clínica. En: G. Vidal, R. Alarcón y S. Lolas (Dir.). *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría* (Vol. 2, pp. 736 – 746). Argentina: Médica Panamericana.
- Vivar, R., Pacheco, Z., Adrianzen, C., Macciotta B. y Marchena, C. (2005). Validación de la Escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. *Revista Peruana de Pediatría*. Septiembre-diciembre, 24-30.
- Waslick, B., Kandel, R. y Kakouros, A. (2003). La depresión en niños y adolescentes. En: D. Shaffer y B. Waslick. (Comp.). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes* (pp. 1-39). Barcelona: Ars Médica.
- Weisz, J. R. (2004). *Psychotherapy for children and adolescents. Evidence-based treatments and case examples*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Williams, J. M. G. (1999). Depression. En: D. M. Clark & C. G. Fairburn. (Eds.). *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 259-283). USA: Oxford.
- Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax México.

ANEXO.

Escala de Autoevaluación de la Depresión para Niños (DSRS-C).

Género: (M) (F)

Grado escolar: _____

Edad: _____

Tiempo dentro de la institución: _____

Escala de Birleson.

Por favor responde honestamente cómo te has sentido en las últimas dos semanas. En cada pregunta, marca con una X la respuesta que creas conveniente. Hay una sola respuesta por pregunta. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

	Siempre	A Veces	Nunca
1- Las cosas que me gustan me interesan como antes.			
2- Duermo muy bien.			
3- Me dan ganas de llorar.			
4- Me gusta salir a jugar.			
5- Me gustaría escapar, salir corriendo.			
6- Me duele la barriga, la cabeza y otros sitios de mi cuerpo.			
7- Tengo ganas para hacer las cosas.			
8- Disfruto la comida.			
9- Puedo defenderme por mí mismo.			
10-Pienso que no vale la pena vivir.			
11-Soy bueno para las cosas que hago.			
12-Me molesto y me irrito por cualquier cosa.			
13-Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.			
14-Me he vuelto olvidadizo y/o distraído.			
15-Tengo sueños horribles.			
16-Pienso que haga lo que haga no lograré conseguir lo que deseo o que las cosas no van a cambiar.			
17-Me siento muy solo.			
18-Puedo alegrarme fácilmente.			
19-Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo.			
20-Me siento muy aburrido.			
21-Pienso muy en serio en la muerte o en matarme.			
Total			