



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

**SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DURANTE LA INFANCIA:
UNA REVISIÓN TEÓRICA Y ACERCAMIENTO A SU ESTUDIO**

Reporte de Investigación Teórica

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

RAQUEL CECILIA MUÑOZ CRUZ

Directora: Esp. Brenda Iliana Jiménez Ramos

Vocal: Mtra. Xóchitl Teresa Gutiérrez Camacho

Secretaria: Lic. Tulia Gertrudis Castro Albarrán

**Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México,
Junio 17, 2021**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer primeramente a la **Universidad Nacional Autónoma de México** por acogerme y brindarme la oportunidad de continuar mi formación académica, siempre es un orgullo ser parte de esta casa de estudios.

Agradezco también al **Sistema SUAyED** perteneciente a la FES Iztacala por permitirme formar parte de la comunidad de psicólogos clínicos y compartir con extraordinarios docentes del campo de la psicología en general.

Agradecimiento y reconocimiento especial a mi directora de manuscrito, la **Esp. Brenda Iliana Jiménez Ramos** por su guía y acompañamiento en todo este proceso, con su apoyo fue mucho más placentero esta última parte.

A mis sínodos, la Lic. **Tulia Gertrudis Castro Albarrán**, la Mtra. **Xóchitl Teresa Gutiérrez Camacho**, el Lic. **César Pérez Romero** y la Mtra. **Josefina Villalobos Badillo** por sus comentarios tan valiosos que enriquecieron este trabajo y por todo el apoyo en este proceso.

DEDICATORIAS

A mi familia que siempre me ha apoyado en todos mis proyectos de vida, en especial a mi madre la **Lic. Edith Cruz** por nunca dejarme sola y enseñarme con el ejemplo de fortaleza y trabajo duro.

A mis hermanos **Alberto Baños, Karina Gómez, Juan Ibar, Anabel Cruz y Norma Pérez** gracias por el cariño, el apoyo y por todas las porras cuando más lo necesitaba.

A mis otros padres, **mamá Chabelita[†]** y **papá Abraham[†]** por cuidarme, haberme enseñado a trabajar duro y dejarme volar para perseguir mis sueños, aprecio mucho ese gesto de amor hacía mí.

Y finalmente, a mi hija, **Aranza**, el amor de mi vida, gracias por tu paciencia, por ser mi compañerita en todo este camino, sé que para ti no fue fácil. Te amo y te agradezco por escogerme como madre, aprendo de ti todos los días. Esto es resultado del trabajo de las dos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1. DEPRESIÓN EN LA INFANCIA	9
1.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	11
1.2. PREVALENCIA	17
1.3. MANIFESTACIONES O SÍNTOMAS	19
1.4. FACTORES DE RIESGO	28
1.5. FACTORES DE PROTECCIÓN	31
1.6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	33
CAPÍTULO 2. ANSIEDAD EN LA INFANCIA	38
2.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	38
2.2. PREVALENCIA	41
2.3. MANIFESTACIONES O SÍNTOMAS	44
2.4. FACTORES DE RIESGO	47
2.5. FACTORES DE PROTECCIÓN	48
2.6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	50
CAPÍTULO 3. COMORBILIDAD ENTRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LA INFANCIA	54
3.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	54
3.2. PREVALENCIA	56
3.3. MANIFESTACIONES O SÍNTOMAS	58
3.4. FACTORES DE RIESGO	58
3.5. FACTORES DE PROTECCIÓN	60
3.6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	62
3.7. CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZO	63
CONCLUSIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	78

Introducción

Tanto la depresión como la ansiedad son trastornos que afectan la salud mental de las personas, frecuentemente van de la mano y el número de personas que los padecen cada vez es mayor, esto de acuerdo al informe que emitió la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), además este mismo informe menciona que, a escala mundial en 2015, había 322 millones de personas que sufrían síntomas depresivos, de las cuales, la Región de las Américas ocupó el 15%, siendo las mujeres las que tuvieron un porcentaje mayor de prevalencia con un 5.9% a diferencia de los hombres que fue de 3.9% en esa región, y siendo las edades de entre 60 a 64 años las que presentan la mayor cantidad de personas con depresión a nivel mundial.

En este mismo informe, se encontró que el número total estimado de personas con síntomas de ansiedad a nivel mundial en 2015 fue de 264 millones, de los cuales el 21% corresponde a la Región de las Américas, en donde la población femenina también tiene mayor prevalencia al ocupar el 7.7% a diferencia del 3.6% de los hombres, siendo las edades entre 40 a 49 años los que presentaron el mayor puntaje de prevalencia (5.9% mujeres y 3.2% hombres) (OPS, 2017).

En México, información del INEGI (2017) mostró que el 32.5% de la población de 12 años o más en ese año se sintió deprimida, con una frecuencia semanal del 11.7%. Como podemos observar de acuerdo a los informes antes mencionados tanto a nivel mundial, continental o país, la depresión y ansiedad son altamente prevalentes en la población y repercuten en el estado de ánimo o los sentimientos de las personas afectadas. Los síntomas varían en cuanto a su intensidad (de leves a severos) y duración (de meses a años), afectando a personas de todas las edades y de todas las ocupaciones y condiciones sociales (OPS, 2017).

En otras palabras, la depresión y la ansiedad no son enfermedades exclusivas de adultos, si bien, el panorama mundial antes descrito es un tema por demás estudiado, en la revisión que se ha realizado se observó que existe un vacío en investigaciones hechas en los últimos años sobre la población infantojuvenil

general. No obstante, lo anterior cobra importancia cuando algunos autores como Sánchez y Cohen (2020) mencionan que los síntomas depresivos y ansiosos tienen una alta prevalencia, la cual puede oscilar entre el 10 y 20% en la población infantil, además de que autores como Romero y Doménech (2012) mencionan que esta puede ser mayor que en la de los adultos.

En la actualidad se ha sumado una situación que no se había vivido en los últimos años, se trata de la pandemia del SARS-CoV-2 o más comúnmente conocido como COVID-19, que ha obligado a mantener a la población mundial en confinamiento por más de un año. Lo que ha provocado que las cifras de personas con síntomas depresivos y ansiosos se disparen exponencialmente, generando que haya una ola de investigaciones sobre estos temas en población adulta, sin embargo, los estudios en población infantojuvenil siguen siendo escasos (Martínez, Bolívar, Yanez y Rey, 2020).

No obstante, se encontraron algunas investigaciones como el estudio realizado sobre población infantojuvenil en China señala que, de un total de 2,230 estudiantes, el 22.6% presentó síntomas depresivos y 18.9% síntomas ansiosos durante la pandemia de COVID-19 y los relacionan con la falta de interacción social y de actividades fuera del domicilio (Xie, y otros, 2020). Esto coincide con otro estudio que reporta que, en niños y adolescentes, factores como una cuarentena prolongada, el temor a la infección, la falta de contacto entre compañeros y con profesores, la frustración y el aburrimiento, la falta de espacio en casa y las pérdidas de familiares generan repercusiones psicológicas en esta población, provocando sintomatología ansiosa y depresiva (Wang, Zhang, Zhao, Zhag, & Jiang, 2020).

Además de que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021a) menciona que al menos uno de cada siete niños y jóvenes (332 millones en todo el mundo) que estuvo confinado en su hogar durante gran parte de 2020 sufrió ansiedad y depresión como consecuencia del aislamiento. En América Latina y el Caribe, la encuesta *U-Report* de UNICEF reveló que más de una cuarta parte había sufrido casos de ansiedad y un 15% depresión. Resaltando que antes de la

pandemia, los niños y los jóvenes soportaban la mayor parte de los riesgos en materia de salud mental, ya que la mitad de los trastornos mentales surgen antes de los 15 años, y el 75% al principio de la edad adulta (UNICEF, 2021b). Y que investigaciones como la de Herrera (2012) destacan que la aparición de síntomas de depresión y/o ansiedad en la infancia puede desencadenar problemas de consumo de sustancias, déficits psicosociales, conductas autolesivas, violencia y suicidio, en la vida adulta.

En México, la encuesta #ENCOVID19Infancia¹ arrojó como resultados que 33.8% de las personas en hogares con población de 0 a 17 años presentaron síntomas severos de ansiedad en julio de 2020. Y el 24.6% de las personas mayores de 18 años reportaron tener síntomas de depresión, siendo en los hogares de menores ingresos los que se observó mayor porcentaje (30.3%) (UNICEF-México, 2020).

Como se puede observar, la presencia de depresión y ansiedad en la infancia, es un tema del que poco se reporta a nivel mundial, y a pesar de ser de gran relevancia social, es una situación que está generando vacíos en la formación profesional del personal dedicado a la salud mental, específicamente de los psicólogos en formación.

El interés por realizar el presente escrito, surgió a raíz de que a lo largo de la formación académica en la Licenciatura en Psicología en el área clínica del Sistema SUAyED perteneciente a la FES Iztacala de la UNAM, muchos estudiantes se enfrentan a la revisión de literatura en torno a la depresión y ansiedad, pero la mayoría de los estudios revisados se enfocan en poblaciones adultas y en comorbilidad con otros trastornos; en describir los factores de riesgos más comunes o en aplicar diferentes metodologías para explicar las relaciones de la ansiedad y depresión con determinadas variables. Detectando un déficit de investigaciones de

¹ La #ENCOVID19Infancia es una encuesta mensual de la Universidad Iberoamericana, a través del Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad (EQUIDE), y UNICEF México implementada para generar información que permita visibilizar y entender las afectaciones por la pandemia de COVID-19 en el bienestar de las niñas, niños y adolescentes en México.

depresión, ansiedad o comorbilidad entre ellas en población infantojuvenil general y que en el contexto actual se vuelven muy importantes, ya que son padecimientos que cada vez van en aumento. Por ello, se pretende evidenciar la existencia de la depresión y ansiedad en niños y adolescentes y poner sobre la mesa la relevancia del estudio e intervención de dichos padecimientos en esta población y con ello contribuir a la comprensión, detección y reconocimiento temprano de estos trastornos para generar estrategias de prevención e intervención terciaria en un futuro. Pero también, reconociendo su importancia para que se continúe investigando sobre estos temas.

Por lo anteriormente mencionado, la presente recopilación documental surge a partir de las siguientes preguntas ¿Cuáles son los factores de riesgo o con mayor frecuencia en las investigaciones de depresión y ansiedad en la población infantojuvenil general?, ¿Serán los mismos factores de riesgo que se han reportado en la literatura para la población mexicana?, ¿Cuál es la metodología más recurrente en las investigaciones de ansiedad y depresión infantil?, o ¿Cuáles son los factores de prevención?, por lo que a lo largo del presente trabajo se intentará ir contestando cada una de ellas. Aunado a ello y con el afán de evidenciar el panorama investigativo de depresión, ansiedad y comorbilidad de ambas en población infantojuvenil, se recopiló información de aquellas investigaciones que se centran en hablar de población infantojuvenil principalmente y que dieran respuesta a los anteriores cuestionamientos.

Además de responder a los cuestionamientos señalados con anterioridad, la presente recopilación documental tuvo la finalidad de conformar un trabajo recepcional para obtener el título de la Licenciatura en Psicología del Sistema SUAyED perteneciente a la FES Iztacala de la UNAM, así como de consolidar un material de consulta para los psicólogos en formación y/o especialistas en temas de depresión, ansiedad y comorbilidad en población infantojuvenil.

La presente recopilación documental, incluye información obtenida de las investigaciones y publicaciones que hasta la actualidad se han hecho y de las que

se tuvo acceso, en torno a la depresión, ansiedad y comorbilidad entre ellas en la población infantojuvenil.

Por lo que el objetivo general de esta investigación fue:

- Conjuntar en un solo documento, un material de consulta que contemple las investigaciones y estudios más recientes sobre depresión, ansiedad y la comorbilidad entre ellas en población infantojuvenil, y que sirva a estudiantes de psicología u otros profesionales de la salud que se interesen en los temas planteados.

Y como objetivos específicos:

- Por lo que los objetivos específicos de esta investigación documental fueron:
- Recuperar la literatura más actualizada de depresión, ansiedad y comorbilidad entre ellas, en población infantojuvenil.
- Rescatar las aportaciones importantes de esa literatura en cuanto a la prevalencia, los factores de riesgo, los síntomas, los factores de prevención y los instrumentos más comunes para su evaluación y las consecuencias a corto y largo plazo en población infantojuvenil.
- Recuperar la información existente sobre México en cuanto a depresión, ansiedad y comorbilidad entre ellas sobre depresión infantojuvenil.
- Evidenciar los vacíos de información e investigación en torno a la depresión y ansiedad en la población infantojuvenil.

Capítulo 1. Depresión en la Infancia

Con la finalidad de conformar un material de consulta específico y siguiendo objetivos del presente trabajo, en cada uno de los capítulos desarrollados a lo largo del mismo, únicamente se presentará información relacionada con la población objetivo y aquella que permita explicar de manera clara cada uno de los temas tratados. Se decide presentar de esa manera para evitar conformar materiales que nuevamente pongan su atención en población adulta y en lugar de ello, conformar un trabajo documental totalmente centrado en la población infantojuvenil.

El desarrollo emocional es un proceso cambiante y evolutivo a lo largo de nuestros primeros años de vida y a lo largo del mismo se espera que los niños construyan su identidad (su yo), su autoestima, su seguridad y la confianza en sí mismo y en el mundo que lo rodea, a través de las interacciones que establece con los otros, situándose como una persona única y distinta. Y es a través de este proceso complejo que involucra tanto los aspectos conscientes como los inconscientes que el niño puede distinguir sus emociones, identificarlas, manejarlas, expresarlas y controlarlas (Haeussler, 2000).

En la tabla 1 se presenta un resumen de los principales logros y cambios esperados a lo largo del desarrollo emocional desde los primeros años de vida hasta la adolescencia.

Tabla 1. Cambios esperados a lo largo del desarrollo emocional	
Primeros tres años	<ul style="list-style-type: none"> - Empiecen a mostrar interés - Curiosidad - Participen en juegos - Expresen emociones diferenciadas - Se relacionen más estrechamente con su cuidador - Explore su ambiente - Adquieran confianza
Niños de tres a seis años	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades para regular y mantener la atención - Habilidades lingüísticas para hacerse entender - Se consolida la memoria y el lenguaje - Habilidades en lectura y escritura - Regulación de emociones - Asociación de reglas de conducta - Relaciones de amistad más profundas y estables
Niños de seis a once años	<ul style="list-style-type: none"> - Comiencen a pensar de forma lógica, pero concreta - Mayor razonamiento - Pueden revelar necesidades - Autosuficiencia - Autoestima - Se vuelven cada vez más sociales y su autoconcepto se hace más complejo - Pueden procesar y retener información - Planear y supervisar su conducta - Aumenta el autocontrol y la iniciativa
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupación por la imagen corporal - Capacidad de la memoria de trabajo - Capacidad creciente de conocimiento almacenado en la memoria de largo plazo - Capacidad de definir y discutir abstracciones - Perspectiva social - Búsqueda de la identidad - Conciencia de su sexualidad - Mayor capacidad de para expresar pensamientos y sentimientos - Amistades más fuertes - Mayor socialización - Mayor seguridad

Fuente: Elaboración propia con base a Papalia, Wendkos y Duskin (2010).

Cuando el desarrollo normal se ve alterado por la presencia de algún tipo de trastorno de inicio temprano, puede presentarse desajustes en el desarrollo y problemas de adaptación durante esa etapa o subsecuentes. Por ello, se vuelve de gran importancia estudiar algunos de los trastornos que tienen gran impacto en la vida de las personas como lo es la depresión y ansiedad, temas centrales del presente trabajo.

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad de niños, niñas y adolescentes entre los 10 y los 19 años” (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2014), en tanto la UNICEF (2021b) reportó en América Latina y el Caribe que el 15% de los jóvenes sufre depresión a consecuencia de la pandemia del COVID-19, y que esta cifra puede aumentar al considerar las repercusiones del confinamiento de infantes a nivel mundial, lo que concuerda con lo que exponen Collazos y Jiménez (2013) al considerar que los síntomas asociados a la depresión infantil son cada vez más recurrentes, lo que implica que continuamente crezca la cantidad de niños que puedan padecerla sin saberlo.

Aunque son pocas las investigaciones de depresión en población infantojuvenil, a lo largo de la revisión de la literatura realizada se pudieron encontrar investigaciones en España (Sanz y García, 2020), Brasil (Fernandes, Borges, Ferreira, Duarte y Ribeiro, 2014), Colombia (Herrera, 2012), Chile (Herskovic y Matamala, 2020), Perú (Huamanttica, 2016), Argentina (Vivian da Cunha y Barreyro, 2015) y en menor proporción en México (Ramírez, Araiza, Martínez, Rojas, y Pérez, 2016), como veremos a continuación.

1.1. Definición y clasificación

Dentro de la literatura científica la depresión infantil es un fenómeno relativamente nuevo. Durante muchos años se negó el diagnóstico de la depresión infantil como

cuadro clínico. Fue hasta 1977 con la publicación de las actas del Congreso Nacional del *Institute of Mental Health* (NIMH) y con la publicación del DSM III en 1980, cuando se acepta la existencia de la depresión infantil, y con la posibilidad de ser diagnosticada con los mismos criterios de la del adulto (Huamanttica, 2016; Herrera, 2012).

Algunos autores como Herrera (2012) en su investigación titulada “*Elementos conceptuales y tendencias investigativas en la depresión infantil*” describe cuatro concepciones en torno a la existencia de la depresión infantil. La primera que menciona, perteneciente al psicoanálisis clásico que argumenta que la depresión infantil no existe. En esta postura el niño no tiene la madurez intrapsíquica para experimentar una depresión; esta no puede parecer debido a que es un fenómeno del *súper yo* que se vuelca *contra el yo*.

En segundo lugar, se encuentra la concepción de la depresión infantil como una entidad enmascarada, en donde autores como Glaser en 1968 y Malmquist en 1977, proponen la existencia de la misma de manera interna, inobservable, adoptando manifestaciones externas diferentes a las de los adultos.

La tercera conceptualización es la de Rutter et al. (1995) quienes proponen que la depresión infantil es transitoria, que esta puede surgir en cualquier momento del desarrollo, pero la sintomatología se dispersa en función de la edad. Los síntomas pueden variar a través de distintos estados y, por lo tanto, no se deben confundir los que son comunes en el desarrollo, con los que son específicos de un desorden depresivo (Herrera, 2012).

Por último, está la concepción que afirma que la depresión infantil es paralela a la del adulto y, por lo tanto, propone que es un desorden no encubierto similar al del adulto. Las cuatro categorías de síntomas depresivos en el adulto también se presentan en el niño; estas son: afectiva, cognitiva, motivacionales y vegetativas – psicósomáticas.

Herrera (2012) concuerda con esta última concepción al afirmar que la depresión infantil es paralela a la del adulto y, por lo tanto, propone que es un desorden similar más no igual. Comenta que la conceptualización de la depresión ha dependido básicamente de dos sucesos: en primer lugar, ve a la aceptación de la depresión infantil como entidad nosológica que se pudiera diagnosticar con criterios estándar, y, en segundo lugar, se hace referencia a los modelos explicativos, así existen definiciones desde lo cognitivo, conductual y dinámico.

Para otros autores como González, Gómez A., Gómez C., Álvarez y Álvarez (2017), la depresión infantil es una situación afectiva caracterizada por etapas de irritabilidad o de tristeza, de intensidad y duración variable, que ocurre en un niño. La reconocen como un problema con alta incidencia, sin embargo, concuerdan al afirmar que no existe un consenso real en cuanto a su conceptualización. Que involucra manifestaciones de irritabilidad, dificultades de aprendizaje, inseguridad, resistencia al juego, inasistencia a clases y, en general, problemas de comportamiento que se hacen evidentes en los diversos contextos del niño como el hogar y la escuela. Los síntomas en los niños se describen como enmascarados debido a que suelen tener serias dificultades para expresar sus sentimientos, emociones y pensamientos. A esto se puede añadir que la depresión en la infancia si bien comparte síntomas comunes con la depresión adulta, es diferente en la manifestación de los síntomas.

No obstante, la definición que cuenta con una mayor vigencia es la que considera que la depresión infantil es:

[...] “un trastorno emocional caracterizado por vivencias subjetivas y conductas observables; en el aspecto subjetivo se destacan: sentimientos de tristeza y desgano, a nivel comportamental se evidencia: conductas de apatía, trastornos somáticos y cansancio que impide el disfrute de la vida y en casos graves el desempeño de tareas habituales más elementales, incluso el deseo de vivir” [...] (Del Barrio, 2000 en Herrera, 2012, p. 155).

Aunque es evidente que no existe un consenso en la conceptualización de la depresión infantil por haber una variedad de síntomas que se diferencian por la edad del menor, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-V) (AAP, 2013) caracteriza a la depresión por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración.

La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. Y que, en su forma más severa, la depresión puede conducir al suicidio.

Los trastornos depresivos son clasificados por el DSM-V (AAP, 2013) de la siguiente manera (Ver tabla 2):

Tabla 2. Clasificación de episodios depresivos de acuerdo al DSM-V	
Entidad	Descripción
Trastorno de depresión mayor	<p>Presenta síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y disminución de la energía; dependiendo del número y gravedad de los síntomas, un episodio depresivo se clasifica como leve, moderado o severo.</p> <p>En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable, y puede haber una disminución de peso o no llegar al peso esperado.</p>
Trastorno depresivo persistente (distimia)	<p>Trastorno depresivo de una forma persistente o crónica de depresión leve; los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más duraderos.</p> <p>En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.</p>

Tabla 2. Clasificación de episodios depresivos de acuerdo al DSM-V	
Entidad	Descripción
Trastorno disfórico premenstrual	En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación: cambios de humor, irritabilidad intensa, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio, disminución del interés por las actividades habituales, falta de energía, falta de apetito, insomnio, dolor o tumefacción mamaria.
Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
Trastorno depresivo debido a otra afección médica	Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
Otro trastorno depresivo especificado	Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.
Otro trastorno depresivo no especificado	Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V (AAP, 2013).

Como se puede observar en la información mostrada en la Tabla 1, en el DSM-V solo el Trastorno depresivo mayor, la distimia y el Trastorno disfórico premenstrual, tienen connotaciones sobre población infantojuvenil, específicamente.

En cuanto a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su onceava revisión (CIE-11, 2021) la depresión se clasifica de la siguiente manera (Ver tabla 3):

Tabla 3. Clasificación de episodios depresivos

MB24.5 Estado de ánimo deprimido: Estado afectivo negativo caracterizado por un estado de ánimo bajo, tristeza, vacío, desesperanza o abatimiento.

Trastornos depresivos

6A70 Trastorno depresivo, episodio único

6A70.0 Trastorno depresivo, episodio único leve

6A70.1 Trastorno depresivo, episodio único moderado sin síntomas psicóticos

6A70.2 Trastorno depresivo, episodio único moderado con síntomas psicóticos

6A70.3 Trastorno depresivo, episodio único grave sin síntomas psicóticos

6A70.4 Trastorno depresivo, episodio único grave con síntomas psicóticos

6A70.5 Trastorno depresivo, episodio único de gravedad no especificada

6A70.6 Trastorno depresivo, episodio único, actualmente en remisión parcial

6A70.7 Trastorno depresivo, episodio único, actualmente en remisión total

6A70.Y Otro trastorno depresivo, episodio único, especificado

6A70.Z Trastorno depresivo, episodio único, sin especificación

6A71 Trastorno depresivo recurrente

6A72 Trastorno distímico

6A73 Trastorno mixto de ansiedad y depresión

GA34.41 Trastorno disfórico premenstrual

6A7Y Otros trastornos depresivos especificados

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al CIE-11 (2021) obtenido de <https://icd.who.int/>

En la Tabla 3, se mencionan los trastornos depresivos y se puede notar que ninguno de ellos hace referencia específica (en su denominación) de la población infantojuvenil.

1.2. Prevalencia

Es de conocimiento que la depresión es un padecimiento que ha ido en aumento en los últimos años, y la población infantojuvenil no es la excepción. Según el informe *Health for the World's Adolescents* (ONU, 2014), la depresión a nivel mundial es la principal causa de enfermedad y discapacidad en una población de 10 a 19 años de edad.

No obstante, las cifras han ido cambiando al paso del tiempo de acuerdo a cada investigación, el tamaño de la muestra utilizada, los instrumentos de evaluación empleados, las fuentes de información consultadas, los intervalos de edad analizados y el tipo de población estudiada. Por ejemplo, Romero y Domènech (2012) en su trabajo realizaron una revisión de artículos, en la que se muestra que existe alta prevalencia de depresión en la infancia, entre los estudios que revisaron se mencionan las siguientes prevalencias: para niños de entre 8 a 12 años de 11.5% en síntomas depresivos (Romero, et al., 2010), datos similares son los encontrados por Ollendick y Yule (1990) quienes compararon la sintomatología depresiva en niños británicos con una prevalencia de 9.5% y en niños estadounidenses con una prevalencia de 10%. En el trabajo de Almqvist et al. (1999) en Italia se encontró una prevalencia de 10.6% para niños de 8-12 años, en tanto que en el trabajo de Sorensen et al. (2005) en Finlandia se encontró una prevalencia de 6.4% para el mismo rango de edad (Romero y Domènech, 2012).

Otros autores como Herrera (2012) mencionan en su trabajo denominado *“Elementos conceptuales y tendencias investigativas en la depresión infantil”*, que la prevalencia de depresión en la infancia varía ampliamente dependiendo de la cultura, de la población estudiada, los métodos utilizados y la región en cuestión. En su estudio se reporta que las investigaciones de depresión infantil coincidían en que la incidencia oscilaba entre 8% y 10%; en la etapa preescolar estas cifras descendían a 2%; en tanto que en edades escolares se estimó entre 8 y 10%; y en la adolescencia ascendió al 13%. Además de que, en Hispanoamérica, se reportaron datos alarmantes con incidencia del 35% al 43%.

En Lima, Perú, en el mismo año (2012), un estudio epidemiológico realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”) mostró que el 3.5% de la población infantil de 6 a 10 años y el 8% de adolescentes sufren un episodio depresivo, siendo este último grupo el sexo femenino el que presenta mayor incidencia (Huamanttica, 2016).

Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe y De las Cuevas (2013), en su estudio titulado “*Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas*” con una muestra de 1,104 escolares españoles, 577 niñas y 527 niños de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años con un promedio de edad de 9.7, encontraron una prevalencia de 4.2% de la muestra con puntuaciones altas en sintomatología depresiva. En donde las niñas de 10 a 11 años y los niños de 8 a 9 años mostraron niveles más altos de sintomatología depresiva que los niños de 12 años. Siendo los aspectos sociales y emocionales los que más peso obtuvieron en la predicción de la sintomatología depresiva infantil.

Por su parte, Abello, Cortés, Barros, Mercado y Solano (2014), realizaron una investigación con una muestra total de 178 estudiantes de 4° a 6° pertenecientes a colegios oficiales de la ciudad de Barranquilla, Colombia, entre los 11 y 12 años, y reportaron una prevalencia con porcentajes de 6.18% y 4.49% respectivamente. De acuerdo con estos resultados se encontró que la prevalencia de sintomatología de la depresión infantil fue de 15.73% entre 8 a 12 años de edad. En donde se registró una mayor prevalencia de sintomatología de depresión infantil a los 11 años con un porcentaje de 6.18%, seguido de la edad de 12 años con un 4.49%; asimismo, la edad de 10 años reflejó un 3.37%; la edad de 9 años mostró una prevalencia de sintomatología de 1.69%, a diferencia de los 8 años de edad con poco porcentaje del 1.12%. La prevalencia de depresión en el género femenino se observó en un 18.60%, mientras que en los hombres se evidenció un 13.04%. De acuerdo con estos datos se identificó que el género femenino presentó un mayor nivel de prevalencia con respecto al género masculino, con una diferencia de 5.56%.

Un estudio de revisión sistemática y meta-análisis, realizado a 27 países de todas las regiones del mundo en 2015, se encontró que la prevalencia mundial para los trastornos depresivos en población infantojuvenil fue de 2.6% (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015).

En México, de acuerdo a información del INEGI (2020) se estimó que el 2% de la población, lo que representa aproximadamente dos millones de personas, ha sufrido al menos un episodio depresivo mayor antes de los 18 años. Otros datos muestran que, entre todas las personas que han sufrido un episodio depresivo mayor en al menos una vez en la vida, el 27.5% tuvo la primera durante la infancia o la adolescencia; y que el número medio de episodios depresivos no mayores durante la vida de una persona es siete (Ramírez et al., 2016). En este mismo país la Encuesta Nacional de los Hogares de 2014 señaló que 14.6% de niños entre 7 y 14 años de edad se sintieron deprimidos en ese año.

Como se menciona en las investigaciones anteriormente, la prevalencia de la depresión en población infantojuvenil es alta y va en aumento, si bien en México no existe mucha evidencia por la escasez de investigación en este tipo de población, sí se encontraron coincidencias en los rangos de edades de varios países, que pudieran coincidir con la población mexicana.

1.3. Manifestaciones o síntomas

Cada vez son más los niños que presentan una serie de síntomas recurrentes y de padres que recurren a valoraciones psicológicas debido a tales manifestaciones, es decir, empieza a haber un mayor foco de atención en los temas depresivos en niños en los últimos años, aunque aún no haya investigaciones sistematizadas acerca de la depresión infantil (Collazos y Jiménez, 2013). Sin embargo, como ya se mencionó anteriormente existen varios autores que señalan que la sintomatología depresiva en niños es variada y dependerá de la edad y de diversos factores con los que se

encuentre asociado (Herskovic y Matamala, 2020; Ramírez et al, 2016). Por lo que a continuación se pasará a comentar algunos trabajos que recaban información sobre la sintomatología depresiva en población infantojuvenil de acuerdo a sus hallazgos.

El trabajo realizado por Collazos y Jiménez (2013), hace una revisión de la sintomatología depresiva infantil de acuerdo a lo reportado en otras investigaciones. Estos autores encontraron que entre los postulados de la Escuela Psicoanalítica se habla de *la privación emocional o depresión anaclítica*, término introducido por Spitz (1969) en una observación que realizó con niños entre 12 a 18 meses. Estos niños eran cuidados por sus madres los primeros seis meses, en la cual la relación madre-hijo era buena, posterior a este se separaban de dichas madres y aparecían síntomas tales como: lloriqueo, retraimiento, una actitud de negación por su entorno y rechazaban a la gente que intentaba algún tipo de acercamientos con dichos infantes. Si el adulto insistía en tratar de acercarse al bebé, este respondía con un llanto inconsolable. El lloriqueo del bebé persistía durante tres meses, época en la cual el niño perdía significativamente peso, aparición del insomnio y posterior a esto, ocurrían otro tipo de cambios en el infante. El llanto desaparecía para instalarse en él expresiones rígidas, ojos inexpresivos y distantes. Estos niños fueron separados de su madre al sexto y octavo mes de vida, durante un periodo de tres meses. Se encontró durante este tiempo síntomas parecidos que se encuentran en los adultos cuando padecen de depresión. En los niños observados aparecían síntomas diferentes, en algunos era evidente el llanto, en otros aparecía el retraimiento, pero cada niño tenía algunas particularidades específicas. Es por ello que se hace complejo clasificar síntomas que determinen la depresión infantil.

En la *Privación emocional total*, la diferencia con la depresión anaclítica es que los niños no tenían contacto alguno con sus madres. En este tipo de depresión se observaban síntomas de la depresión anaclítica, pero aparecían con mucha más rapidez y se hacían cada vez más graves. Esto dio lugar a un nuevo cuadro clínico, cuyos síntomas eran: coordinación ocular defectuosa, pasivos por completo y retraso motor. En el segundo año de vida el desarrollo de estos niños se detenía un

45% y a los cuatro años estos niños no podían sentarse, hablar o estar de pie. Cada vez empeoraban más, aparecían problemas somáticos, infecciones, desarrollo psicológico inadecuado y privación emocional, en algunos casos muerte del infante; Spitz denominó esta problemática como Síndrome del hospitalismo.

Además, los autores encontraron que otro autor denominado Bowlby guarda similitud con lo postulado por Spitz (1969), coincidiendo en que la depresión en niños, puede relacionarse con la ausencia o pérdida de un ser amado primordial en la temprana infancia. Como síntomas principales según las investigaciones de estos autores aparece el llanto debido a la ausencia de su objeto de amor, desesperanza, pérdida de peso. De igual forma Cyrulnik (2005), refiere síntomas similares en niños sin familia cuya situación implica afrontar la imposibilidad de narrarse al no tener de base una historia que los identifique.

En la misma revisión de investigaciones se encontró que otros autores afirmaron que entre los síntomas en la infancia se encuentran la tristeza y la anhedonia sin que sean evidentes, pero, por el contrario, pueden aparecer manifestaciones psicósomáticas como: enuresis, onicofagia, manipulación genital, miedo nocturno, crisis de llantos y gritos. Y que estos síntomas depresivos se pueden deber a desórdenes conductuales. O que existen síntomas enmascarados predominantes como la agresividad, hostilidad en la conducta verbal, delincuencia, irritabilidad, disminución del rendimiento académico, ausentismo. Es decir, que la sintomatología es variada y confusa y no permite diferenciar la depresión de otras patologías infantiles, suponiendo que esta es una patología multifactorial (Collazos y Jiménez, 2013).

Es así que Collazos y Jiménez (2013), concluyeron en su trabajo que la psicología aún no tiene investigaciones sistematizadas acerca de la depresión infantil, los casos varían dependiendo de las particulares sintomatologías del infante y la edad del niño. "La depresión infantil es un cuadro complejo de reconocimientos relativamente recientes como entidad clínica dentro de la psicología" (p. 18). Lo que concuerda con lo referido a Orgilés, Fernández y Espada (2013) que afirman que la

depresión se manifiesta en niños y adolescentes con diversos y variados síntomas, que pueden diferir de los síntomas que presentan los adultos. Para estos autores los síntomas más aceptados en el diagnóstico de depresión en población infantil destacan la baja autoestima, los relacionados con el sueño y la alimentación, el aislamiento social, la hiperactividad y la disforia.

Sin embargo, las dificultades en el diagnóstico de la depresión infantil radica en que esta se caracteriza a diferencia de la depresión en adultos, en que es más complicado y existen dificultades en los niños de poder expresar verbalmente sus emociones y sentimientos, además de que su personalidad se encuentra en formación, por lo cual, se presentan síntomas poco específicos cuyas características dependerán de la edad del menor (Herskovic y Matamala, 2020; Ramírez et al., 2016; Pacheco y Chaskel, s.f.), o porque en la población infajuvenil es más frecuente la comorbilidad con otros desórdenes (Herrera, 2012), ya que como lo comenta Herskovic y Matamala (2020) se pueden encontrar casos en que los síntomas no son patognómicos, con niños sobre adaptados, que funcionan bien en la familia y escuela, pero existen dificultades para expresar las emociones a diferencia de aquellos que presentan bajo rendimiento escolar y ausentismo, o mayor frecuencia de conflicto en las relaciones interpersonales.

Otros autores como es Huamanttica (2016) comentan que en diversos estudios la depresión infantil se asocia con un ambiente familiar disfuncional o exposición a eventos estresantes con alteraciones significativas del comportamiento, es decir, la conducta de un niño puede ir desde no querer ir al colegio, simular estar enfermo, no querer separarse de sus padres, hasta mostrarse con frecuencia malhumorado y sentirse incomprendido.

En México, Ramírez et al. (2016) reportaron en su estudio con 284 niños en edad escolar y púberes, síntomas depresivos en alguna de las siguientes tres esferas: *afectiva/conductiva*, se caracteriza por irritabilidad, agresión, agitación o inhibición psicomotora, astenia, apatía, sensación recurrente de aburrimiento, culpa y pensamientos de muerte, hiperactividad y aislamiento, los cuales coinciden con lo

reportado por Herrera (2012) al considerar que prevalecen significativamente las alteraciones del comportamiento que constituyen una manifestación de las alteraciones del humor; la otra esfera se trata de *síntomas relacionados con la escuela y cognitivos*, que incluyen bajo rendimiento escolar, falta de autoestima, fobia a la escuela, trastornos de conducta en la escuela y con sus compañeros; y la tercera, *esfera somática*, se caracteriza por dolores de cabeza, dolor abdominal, alteraciones del control de esfínteres, alteraciones del sueño, bajo peso en relación con la edad y alteraciones de la alimentación.

Pacheco y Chaskel (s.f.) afirman que la sintomatología en los niños dependerá también de las circunstancias que la precipitaron, y agregan que para infantes de entre 3 y 6 años se manifestará mayormente por fobias escolares y trastornos de eliminación (encopresis y enuresis). Sin embargo, Sánchez y Cohen (2020) encontraron que, para los infantes en el mismo rango de edad, la manifestación más frecuente es la tristeza y las alteraciones del apetito y del sueño, mientras que el síntoma más específico es la incapacidad para disfrutar. En tanto, en los pacientes preescolares son muy frecuentes las manifestaciones somáticas y los juegos violentos, que deben de hacer sospechar de la existencia de una alteración del estado de ánimo. A diferencia de los adolescentes, que manifiestan conductas disociales como abuso de tóxicos y agresividad. En donde, la mayoría de los episodios depresivos en adolescentes duran 7-9 meses, aunque en algunas ocasiones se puede cronificar, apreciándose en esos casos episodios de remisión y recurrencias.

Se encontraron coincidencias con lo afirmado por Pérez, Rivera, Soto y Muñoz (2011) al reportar que los síntomas en los niños menores de ocho años, se manifiesta de forma no verbal, es decir, este grupo lo hace de manera somática: cefaleas, dolores abdominales o con la simple expresión de “no sentirse bien”; son pacientes en los que también se pueden presentar problemas de comportamiento y desinterés en los juegos o en los amigos; es por eso que muchas veces la depresión no es reconocida en estos pacientes. Los niños de entre 9 y 12 años, expresan la depresión como el deseo de huir de casa, baja autoestima, desesperanza o deseo

de morirse. En los adolescentes entre 12 y 17 años, se encuentran de manera frecuente: alteraciones en el apetito, en el sueño, desilusión, ideación suicida y rebeldía.

En Brasil, Fernandes et al. (2014) realizaron un trabajo, en donde concluyeron que los niños en edad escolar de 7 a 12 años de edad tuvieron como síntomas de depresión: tristeza, soledad, bajo rendimiento escolar, insomnio y falta de voluntad/interés, cambios en el apetito, agresividad o pasividad exagerada, llanto sin motivo aparente, dificultades cognitivas, comportamiento antisocial, indisciplina, ideas o comportamiento suicida, desmotivación, inestabilidad, aislamiento, dificultad en la concentración, o bajo rendimiento en la escuela. Para otros autores también se dan sentimientos de inferioridad, desánimo y falta de atención, así como apatía, irritabilidad y empeoramiento de las relaciones con familia e iguales en ese rango de edad (Sánchez y Cohen, 2020).

Si bien, existen diversidad de síntomas de acuerdo a la edad y a diversos factores como lo afirman los autores citados con anterioridad, se puede observar que varios de ellos coinciden en los síntomas de acuerdo al rango de edad. En la Tabla 4 se sintetizan y enmarcan los principales síntomas identificados en la población infantojuvenil.

Tabla 4. Síntomas de depresión infantojuvenil según la edad²		
Autores	Edad Escolar	Síntomas
Orgilés, Fernández y Espada (2013)	Infantes	<ul style="list-style-type: none"> - Desórdenes de sueño* - Desórdenes en la alimentación* - Aislamiento social* - Hiperactividad* - Disforia
Huamanttica (2016)	Infantes	<ul style="list-style-type: none"> - No querer ir al colegio* - Simular estar enfermo - No querer separarse de sus padres - Mostrarse malhumorado* - Sentirse incomprendido
Ramírez, Araiza, Martínez, Rojas y Pérez (2016)	Escolares y púberes	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad* - Agresión* - Agitación o inhibición psicomotora - Astenia* - Apatía* - Sensación recurrente de aburrimiento - Culpa y pensamientos de muerte* - Hiperactividad* - Aislamiento*
Herrera (2012)	Infantes	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones del humor* - Bajo rendimiento escolar* - Falta de autoestima* - Fobia a la escuela* - Trastornos de conducta en la escuela y con sus compañeros* - Dolores de cabeza* - Dolor abdominal* - Alteraciones del control de esfínteres* - Alteraciones del sueño* - Bajo peso en relación con la edad - Alteraciones de la alimentación*

² En la tabla 3 se pueden observar los síntomas en la edad preescolar y escolar de acuerdo a los diferentes autores marcados con un (*), evidenciando que la mayoría de los síntomas coinciden en lo expuesto con cada autor. Y con (***) tenemos los síntomas en los coinciden los diferentes autores citados en la población adolescente, que también son la mayoría de los que exponen.

Tabla 4. Síntomas de depresión infantojuvenil según la edad ²		
Autores	Edad Escolar	Síntomas
Pacheco y Chaskel (s.f.)	Infantes de entre 3 y 6 años	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza* - Alteraciones del apetito* - Alteraciones de sueño* - Incapacidad para disfrutar
Sánchez y Cohen (2020)	Edad Preescolar	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza* - Irritabilidad* - Alteraciones del apetito y del sueño* - Quejas somáticas* - Abulia* - Rabietas* - Retraso en el desarrollo
	Edad escolar	<p>— Esfera afectiva y conductual: irritabilidad*, agresividad*, agitación*, apatía*, tristeza*, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte*</p> <p>— Esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima*, falta de concentración*, disminución del rendimiento escolar*, fobia escolar* y trastornos de conducta*</p> <p>— Esfera familiar: conflictos*, empeoramiento en las relaciones interpersonales*</p> <p>— Esfera somática: cefaleas*, dolor abdominal*, trastornos del control de esfínteres*, trastorno del sueño* (insomnio o hipersomnia) *</p>
	Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> — Síntomas semejantes a los de la edad escolar** — Conductas negativistas y disociales — Abuso de tóxicos — Irritabilidad** — Aislamiento** y descuido del aseo personal — Tristeza, anhedonia — Pensamientos de muerte** e intentos autolíticos
		<ul style="list-style-type: none"> - Cefaleas* - Dolores abdominales* - Expresan de “no sentirse bien”

Tabla 4. Síntomas de depresión infantojuvenil según la edad²		
Autores	Edad Escolar	Síntomas
Pérez, Rivera, Soto y Muñoz (2011)	Niños menores de 8 años	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de comportamiento* - Desinterés en los juegos o en los amigos*
	Niños de entre 9 y 12 años	<ul style="list-style-type: none"> - Deseo de huir de casa - Baja autoestima* - Desesperanza - Deseo de morir*
	Adolescentes entre 12 y 17 años	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones en el apetito** - Alteraciones en el sueño** - Desilusión - Ideación suicida** - Rebeldía
Fernandes, Borges, Ferreira, Duarte y Ribeiro (2014)	Edad escolar de 7 a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza* - Soledad* - Bajo rendimiento escolar* - Insomnio* - Falta de voluntad/interés* - Cambios en el apetito* - Agresividad o pasividad exagerada* - Llanto sin motivo aparente - Dificultades cognitivas, comportamiento antisocial* - Indisciplina* - Ideas o comportamiento suicida* - Desmotivación* - Inestabilidad - Aislamiento* - Dificultad en la concentración* - Bajo rendimiento en la escuela*

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a Pérez, Rivera, Soto y Muñoz (2011); Herrera (2012), Orgilés, Fernández y Espada (2013); Fernandes, Borges, Ferreira, Duarte y Ribeiro (2014); Huamantlica (2016); Ramírez, Araiza, Martínez, Rojas y Pérez (2016); Sánchez y Cohen (2020); Pacheco y Chaskel (s.f.).

1.4. Factores de Riesgo

Conocer los factores que facilitan la aparición de la depresión infantil o están relacionados con las causas que la producen es de gran utilidad, no solo para detectar los sujetos de riesgo, sino para desarrollar estrategias de intervención y prevención eficaces. Sin embargo, al momento de investigar y de obtener información sobre este subtema, se observó que son pocas las publicaciones que mencionan factores de riesgo y de las se encontraron se reportan los siguientes factores.

No se han definido claramente las causas que provocan la depresión en los niños, están van desde **factores genéticos** como: hijos de padres con depresión, los cuales presentan una probabilidad de 3 a 4 veces mayor de desarrollar trastornos del humor y son los que han sido estudiados más ampliamente (Pacheco y Chaskel, s.f.); **factores ambientales** como: desastres naturales, el entorno o estresores por exigencia académica, estresores relacionados con pares, exigencias sociales, maltrato físico o emocional (Huamanttica, 2016; Esparza y Rodríguez, 2009; Pacheco y Chaskel, s.f.) y abuso infantil (Chen, Zhang y Sun, 2019).

Así también están los **eventos vitales** como: el divorcio o separación de los padres, la pérdida o muerte de familiares o amigos, factores socioeconómicos, nuevos vínculos (Vivian da Cunha y Barreyro, 2015; Esparza y Rodríguez, 2009) negligencia en su cuidado (Huamanttica, 2016); y **las características propias del niño** como: niveles de ansiedad, baja autoestima, bajo desempeño escolar, deficiencias en sus habilidades sociales, distorsiones cognitivas, problemas de salud mental en el niño (Huamanttica, 2016), un ejemplo de esto se da en el trabajo de González et al. (2017), en el cual encontraron que la obesidad infantil se asocia con depresión en la población de escolares de 8 a 12 años de edad mostrando una prevalencia de 20.6% de la población estudiada.

De la misma forma, en Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia (GPC, 2018) se mencionan los siguientes factores de riesgo

asociados a la depresión en niños y adolescentes, esto de acuerdo a factores ambientales (sociales y familiares) como individuales (psicológicos y biológicos) (Ver tabla 5).

Tabla 5. Factores de riesgo asociados a la depresión en niños y adolescentes

Individuales	Biológicos	Genéticos	Historia familiar de depresión o trastorno bipolar. La información actual sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la presentación de depresión en la niñez que en la adolescencia.
		Sexo	Antes de la pubertad la frecuencia de trastornos depresivos es prácticamente igual en niños que en niñas; en la adolescencia son entre 2 y 3 veces más frecuentes en el sexo femenino.
		Edad	
		Problemas crónicos de salud	Incluyendo enfermedades médicas y discapacidades físicas o de aprendizaje.
	Psicológicos	Otros trastornos psíquicos	Particularmente trastornos de ansiedad, trastornos de conducta o TDAH. Disforia de género.
		Orientación sexual	Homosexualidad.
		Temperamento Afectividad negativa Otros estilos cognitivos	Tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características cognitivas (por ej. baja autoestima) y conductuales. Conlleva una mayor reactividad a estímulos negativos. Estilo cognitivo rumiativo. Déficits de habilidades sociales.
Ambientales	Familiares	Acontecimientos vitales estresantes	Pérdidas u otros acontecimientos traumáticos.
		Trastorno psíquico en los padres	Especialmente depresión (incluyendo depresión/ ansiedad materna en embarazo y posparto). Trastorno por uso/abuso de alcohol u otras sustancias.
		Conflictos en las relaciones familiares	Separación/divorcio, conflictos conyugales. Conflictos en relaciones paterno-filiales.
		Estilos educativos negativos	Negligencia en cuidados, escasa afectividad o rechazo.
		Maltrato/Abuso	Físico, emocional o sexual.
	Sociales	Problemas escolares	Mala adaptación o fracaso académico.
		Dificultades en las relaciones con iguales	Conflictos interpersonales, ausencia de amistades
		Acoso (<i>bullying</i>)	Incluyendo el trato degradante, la humillación, burla o el rechazo/aislamiento.
		Otras circunstancias sociales adversas	Sin hogar, institucionalizados, en centros de acogida o de seguridad. Emigración. Refugiados.

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia (GPC, 2018, p. 68).

1.5. Factores de protección

A pesar de que la prevalencia y el impacto de la depresión en la población infantojuvenil es alta como se analizó en el apartado 1.2. a menudo pasa desapercibida. Por lo tanto, es necesario centrarse en la detección temprana, el tratamiento y la prevención para reducir sus efectos (Sánchez, Méndez y Garber, 2016).

En Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia (GPC, 2018) se reportan los siguientes factores de protección asociados a la depresión en niños y adolescentes (Ver tabla 6).

Tabla 6. Factores de protección asociados a la depresión en niños y adolescentes

Factores de protección (reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación):

- Buen sentido del humor.
- Buenas habilidades sociales o relaciones de amistad.
- Relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia.
- Logros personales valorados socialmente.
- Nivel de inteligencia normal-alto.
- Práctica de algún deporte o actividad física.
- Participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado.
- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos.

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia (GPC, 2018, p. 69).

En el tratamiento para combatir los síntomas depresivos se pueden encontrar los farmacológicos y psicoterapéuticos, evidenciando este último como el más eficaz para tratar la depresión mayor en niños y adolescentes, de acuerdo a Sánchez y Cohen (2020) que enlistan una serie de factores de protección, que contribuyen a reducir la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación, entre ellos se encuentran: buen sentido del humor, buenas habilidades sociales, relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia, nivel de inteligencia normal-alto, deporte, participación en clubes escolares/sociales o en

voluntariado y el poseer creencias religiosas, espiritualidad o valores positivos. Además de que, para estos autores, el tratamiento psicoterapéutico Cognitivo-Conductual (TCC), el más utilizado y factible para niños y adolescentes que presentan síntomas depresivos, antes de pasar a un tratamiento farmacológico.

También comentan que la psicoterapia debe ser siempre la primera opción y la única en depresiones leves. En caso de depresiones moderadas graves recomiendan empezar por psicoterapia y si no hay respuesta a las 8-12 semanas, asociar un antidepresivo. Siendo la fluoxetina el único fármaco aprobado por las principales agencias reguladoras, para el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes, en pacientes a partir de 8 años.

Otros autores consideran que los reportes de los padres deben ser tomados en cuenta y ser interpretados por el personal de salud, en donde la búsqueda de síntomas depresivos en niños debe ser parte fundamental del proceso de cuidado de esta población (Ramírez et al. 2016).

En México, el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPI), en 2010, integró en la Ciudad de México, guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de los 11 trastornos³ con mayor demanda de atención en esta institución entre ellos la depresión. La guía de depresión consultada, da un panorama general de lo que es la depresión y los síntomas que pudieran presentarse. Además de que se centra en recomendar la evitación de factores de riesgo y la prevención mediante programas escolares, intervenciones basadas en Terapia Cognitivo-conductual e intervenciones de Terapia impersonal, programas de tratamiento cognitivo selectivo, programas de asesoramiento familiar temprano, por mencionar algunos (Nogales, et al., 2018).

³ Entre los otros trastornos se encuentran déficit de atención e hiperactividad, problemas de conducta, consumo de sustancias, esquizofrenia, trastorno bipolar, ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos generalizados del desarrollo, retraso mental y epilepsia.

1.6. Instrumentos de Evaluación

En este recorrido de la literatura en depresión infantojuvenil se encontró una diversidad de instrumentos, varios de ellos adaptados en distintas zonas geográficas del mundo. No hay la certeza de que todos los instrumentos que se reportan en las investigaciones estén estandarizados para la población mexicana, sin embargo, como se mencionara más adelante hay algunos de ellos que cumplen con características psicométricas aplicables a la población infantojuvenil mexicana.

De las investigaciones a las que se tuvo acceso, se pudo observar que el instrumento para medir la depresión infantil más utilizado fue y es el ***Children's Depression Inventory (CDI)*** como medio de diagnóstico por su mayor confiabilidad (Rizo, Guevara, Hernández y Sánchez, 2018; González et al., 2017; Ramírez et al., 2016; Abello et al., 2014; Orgilés et al., 2013) y que concuerda con la revisión teórica realizada por Herrera (2012) añadiendo que las variables más estudiadas en la depresión infantil corresponden a las de tipo cognitivo.

Este instrumento está formado por 27 ítems que se agrupan en dos subescalas: disforia y autoestima negativa. El inventario mide sintomatología depresiva, recabando principalmente información sobre los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de ineficacia, anhedonia y autoestima baja o negativa. Cada ítem consta de tres opciones de respuesta (0 = ausencia de sintomatología; 1 = sintomatología leve; 2 = sintomatología depresiva). La puntuación máxima que puede obtenerse en la escala es de 54 puntos. La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente. La versión española tiene una consistencia interna de 0.79 y una fiabilidad test-retest de 0.38.

Otro instrumento es el propuesto por Lang y Tisher en 1983 que clasifica los síntomas en respuesta afectiva, autoconcepto negativo, disminución del impulso y de la productividad mental, problemas psicosomáticos, preocupación de la muerte y/o enfermedad y dificultades asociados con la agresividad (González et al., 2017). Existen adaptaciones como la española de Seisdedos (2003) para medir depresión

en niños entre 8 y 16 años de edad. Contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos de ítems se agrupan en dos subescalas generales independientes: Total Depresivo (TD, por ejemplo, “A menudo pienso que nadie se preocupa por mí”) y Total Positivo (TP, por ejemplo, “Me divierto con las cosas que hago”). El TD consta de seis subescalas: Respuesta Afectiva, Problemas Sociales, Autoestima, Preocupación por la Muerte/Salud, Sentimiento de Culpabilidad y Depresivos Varios (incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad). El TP contiene dos subescalas: Ánimo-Alegría y Positivos Varios (Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe y De las Cuevas, 2013).

El **BASC**, es un sistema de evaluación multidimensional diseñado para la valoración de dimensiones tanto positivas (escalas adaptativas) como negativas (escalas clínicas) del comportamiento y de la personalidad del niño o adolescente. Consta de 146 enunciados y doce escalas, agrupadas en ocho escalas clínicas y cuatro escalas adaptativas. Las escalas clínicas son las siguientes: Actitud negativa hacia el colegio (sentimientos de alienación, hostilidad e insatisfacción respecto del colegio), Actitud negativa hacia los profesores (sentimientos de antipatía hacia los profesores, creencias de que los docentes son injustos, que no prestan la suficiente atención al alumnado, o que exigen demasiado), Atipicidad (tendencia a tener cambios bruscos de ánimo, ideas extrañas, experiencias inusuales o pensamientos obsesivo-compulsivos y conductas que se consideran “raras”), Locus de control (creencia de que los premios y castigos están controlados por eventos externos o por otras personas), Estrés social (el nivel de estrés que experimentan los niños en sus interacciones con los demás), Ansiedad (sentimientos de nerviosismo, preocupación, y miedo; tendencia a sentirse desbordado por los problemas), Depresión (síntomas habituales de la depresión, incluyendo sentimientos de soledad y tristeza e incapacidad para disfrutar de la vida) y Sentido de incapacidad (percepciones de no tener éxito en el colegio, dificultad para conseguir los propios objetivos e incapacidad general). Por otra parte, las cuatro escalas adaptativas son las siguientes: Relaciones interpersonales (percepción de tener buenas relaciones

sociales y amistades con los iguales), Relaciones con los padres (consideración positiva hacia los progenitores y sentimiento de que ellos le estiman), Autoestima (sentimientos de autoestima, autorrespeto y autoaceptación), y Confianza en sí mismo (confianza en la propia capacidad para resolver problemas, creencia en la propia independencia y en la capacidad de decidir por sí mismo). En las escalas adaptativas (por ejemplo, Autoestima) se incluyen ítems como “Tengo un aspecto agradable” y en las escalas clínicas (por ejemplo, Depresión) “Prefiero estar solo o sola la mayor parte del tiempo” (Bernaras et al., 2013).

Existen otros instrumentos aplicables a niños y adolescentes, como son las que se incluyen en el “Inventario de Escalas Psicosociales en México” (Calleja, 2011). Uno de ellos es la **Escala de depresión para niños (CDS)**, desarrollada Lang y Tisher (1978) y adaptada por Concepción Cruz Jiménez, Juana O. Morales Medina y Beatriz Ramírez Ortiz en 1996. La cual evalúa la depresión del niño, que es definida como la respuesta afectiva, autoconcepto negativo, disminución de la productividad mental, problemas psicosomáticos, preocupación por la muerte o ideas suicidas e irritabilidad. Pide respuestas directas del sujeto sobre sus sentimientos, pensamientos y conductas. La escala positiva mide sus actitudes positivas hacia él mismo y hacia los demás, en función de su satisfacción con lo que hace. La escala depresiva mide la presencia de sentimientos de culpa, tristeza, reducción de la energía, falta de motivación e interés, sentimientos de inseguridad, pesimismo, actitud derrotista y aprehensión. Consta de 66 afirmaciones, que van desde “muy de acuerdo (5)” hasta “Muy en desacuerdo (1)”. Se mide por medio de Respuestas afectivas (8), Problemas sociales (8), Autoestima (9), Preocupación por la muerte-salud (7), Sentimientos de culpabilidad (8), Depresivos varios (8) y la Escalas positiva se mide por medio de Ánimo-alegría (8) y Positivo varios (10).

Otro instrumento que se encuentra dentro de este inventario es la **Escala de depresión en adolescentes** desarrollada por Patricia Escalante Castillo (2002), evalúa los sentimientos de disminución del valor de la persona en relación con sentimientos anteriores o en comparación con otra persona; la tristeza vaga, honda, pacífica y permanente; la actitud de desagrado en relación con la compañía de los

demás; el desengaño, el conocimiento del error o el engaño en que se estaba; y los síntomas físicos consecuencia de malestar emocional. Está compuesta de 80 afirmaciones con respuestas que van desde “Nunca (1)” a “Siempre (4)”. Y que evalúa Minusvalía (24), Melancolía (19), Satisfacción (7), Decepción (10), y Síntomas psicósomáticos (20) (Calleja, 2011).

Uno de los instrumentos que ha sido estandarizado para la población mexicana, es la **Escala de Depresión para Adolescentes Mexicanos (EDAM)** desarrollada por Ruth Axelrod Praes y Susan Pick de Weiss. Es una prueba que consta de 29 adjetivos, que puede ser aplicada a adolescentes, con 10 opciones de respuesta que van desde “nada” hasta “mucho” (continuo de 1 a 10 en cada reactivo que describe cómo se siente “hoy-ahora” la persona que responde la escala). Esta escala mide subescalas como el: desgano/ánimo (1-3), satisfacción/insatisfacción (4-8), seguridad/inseguridad (9-13), alegría/tristeza (14-19), soledad/compañía (20-22) y pesimismo/optimismo (23-29) (Calleja, 2011).

En trabajos como la de González, Jiménez, Ramos y Wagner (2008) se prueba la validez de constructo y la consistencia interna de la **Escala de Depresión del Center for Epidemiologic Studies (CES-D-R)** en adolescentes, por lo que, a los 20 reactivos de la versión original le agregaron 15 más. Los nuevos reactivos evaluaban lo siguiente: ánimo deprimido (un reactivo), cambios drásticos en el peso (un reactivo); tipo de pensamiento (un reactivo); fatiga (un reactivo); agitación o retardo psicomotor (dos reactivos); ideación suicida (dos reactivos); problemas de sueño (dos reactivos); culpa excesiva o inapropiada (dos reactivos); y disminución del placer (tres reactivos). Dispusieron de una muestra de 1,549 estudiantes (edad promedio, 14 años) para su análisis, encontrando que la CES-D-R tiene excelentes características psicométricas en adolescentes mexicanos.

Posteriormente en el 2012, estos mismos autores realizan un análisis bibliométrico sobre la **Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD)** al considerarlo como un instrumento que ha tenido interés en su investigación en México durante las últimas décadas, ya que, el CESD ha sido de los más

empleados. Este instrumento fue desarrollado por Radloff en 1977 como instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología, antes del establecimiento de los criterios diagnósticos y clínicos de la CIE-10 y el DSM-IV. Lo que encontraron fue que, la mayor proporción de investigaciones fueron desarrolladas en la Ciudad de México, coordinadas en su mayoría por el Instituto Nacional de Psiquiatría, y habiendo un 41.25% de investigaciones en adolescentes con esta prueba. No obstante, también se menciona la importancia de prestar mayor atención en edades tempranas, ya que, si bien esta prueba es una herramienta breve, que no requiere personal especializado para su aplicación y calificación, y es empleada en diferentes contextos y poblaciones, aún cabría explorarse en otras poblaciones como la infantil (González, Wagner y Jiménez, 2012). Se podría decir de acuerdo a lo mencionado por Nogales, et al. (2018) que este instrumento tiene excelentes características psicométricas en adolescentes mexicanos.

Capítulo 2. Ansiedad en la infancia

La ansiedad infantil es uno de los padecimientos más frecuentes en la infancia y adolescencia y suele ser progresiva (Sánchez y Cohen, 2020). De aquí la importancia de traerla a discusión y contribuir con elementos que enriquezcan su estudio.

2.1. Definición y clasificación

Ochando y Peris (2017) señalan que la palabra ansiedad proviene del latín *angere*, que significa estrechar, refiriéndose a un malestar físico intenso que se manifiesta principalmente por una respiración anhelante (difícil de realizar).

De acuerdo a la Guía Clínica para los trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes realizada por Cárdenas, Fera, Palacios y De la Peña (2010), se define a la ansiedad como una emoción normal que todas las personas han experimentado como mecanismos de supervivencia o respuestas a situaciones sorpresivas o amenazantes, es decir, se trata de una emoción encaminada a la adaptación y preservación. Sin embargo, estos mecanismos pueden verse alterados, resultando con esto, respuestas desadaptativas que ocasionan disfunciones en la vida cotidiana, en otras palabras, un trastorno de ansiedad.

Para Vivian da Cunha y Barreyro (2015):

“Las profundas transformaciones vivenciadas por niños y adolescentes provocan sentimientos de inquietud e incomodidad en relación consigo mismo. La ansiedad es una emoción frecuente, una señal de que determinada situación puede ser una amenaza, una forma patológica de conexión orientada por la ansiedad y por la emoción, que subvierten la razón y el autocontrol” (p. 63).

En esta misma guía el trastorno de ansiedad es definido “como una enfermedad que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta a varias áreas de la vida cotidiana de quien lo padece” (p. 11). Y que también se puede padecer en la edad pediátrica, así que, si estos son detectados y tratados a tiempo, se puede disminuir el riesgo de su persistencia en la edad adulta.

En el Manual Diagnóstico DSM-V (AAP, 2013), la ansiedad incluye siete trastornos de ansiedad en niños: el trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo, la fobia específica, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada, dicho manual excluye el trastorno obsesivo-compulsivo, las reacciones a estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático. Al igual que la depresión, los síntomas pueden ser de leves a severos. La duración de los síntomas que presentan habitualmente las personas con trastornos de ansiedad los convierte en trastornos crónicos, más que episódicos. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por preocupación excesiva, nervios de punta, fatiga fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y/o problemas de sueño.

El CIE-10 reporta una serie de trastornos ansiosos que hacen referencia específica a la niñez como se muestra en la Tabla 7 (OPS, 2008):

Tabla 7. Trastornos de ansiedad en la niñez de acuerdo al CIE-10
<p>F93 Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez</p> <p>F93.0 Trastorno de ansiedad de separación en la niñez</p> <p>F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez</p> <p>F93.2 Trastorno de ansiedad social en la niñez</p> <p>F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos</p> <p>F93.8 Otros trastornos emocionales en la niñez</p> <p>F93.9 Trastorno emocional en la niñez, no especificado</p>
<p>F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia</p> <p>F94.0 Mutismo selectivo</p> <p>F94.1 Trastorno de vinculación reactiva en la niñez</p> <p>F94.2 Trastorno de vinculación desinhibida en la niñez</p> <p>F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la niñez</p> <p>F94.9 Trastorno del comportamiento social en la niñez, no especificado</p>

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (1995).

No obstante, el CIE-11 ya no contiene los códigos F93 ni F94. Además de que las investigaciones revisadas reportaron que los trastornos como la Agorafobia, las fobias sociales, las fobias específicas, los trastornos de pánico, los trastornos de ansiedad generalizada, entre otros también son padecidas en población infantojuvenil. Para Ochando y Peris (2017) los trastornos de ansiedad más comunes en los niños son: los trastornos de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada. Y estos trastornos en los niños, se pueden expresar con miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse.

2.2. Prevalencia

Al igual que en la depresión, en la ansiedad, las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad varían considerablemente de unas investigaciones a otras en función del diseño del estudio epidemiológico, de los criterios diagnósticos empleados, de la fuente de información empleada en el estudio, de la edad, o de los instrumentos de evaluación. Además de que en la infancia y en la adolescencia, la ansiedad y los trastornos de ansiedad constituyen el primer diagnóstico psiquiátrico a estas edades, muy por encima de los trastornos de conducta y de la depresión. Los estudios epidemiológicos realizados en España demuestran que la prevalencia de dichos trastornos oscila entre un 3% y un 21% (Ochando y Peris, 2017). Lo que concuerda en parte con lo reportado por Sánchez y Cohen (2020), que estiman que entre el 6 al 20% de los niños y adolescentes padecen algún trastorno de ansiedad. Siendo la prevalencia aproximada de cada trastorno: fobias específicas 4%; fobia social 1%; ataques de pánico 0.6%; ansiedad de separación 4% y trastorno por ansiedad generalizada 3% al 4%. Estas dos últimas también coinciden con lo mencionado por Goncalves, González y Vázquez (2008) al estimar una prevalencia del 2.7% al 4.6% en población infantojuvenil con ansiedad generalizada y 4% de ansiedad por separación siendo en los 11 años la mayor incidencia.

Varios autores concuerdan en que actualmente los trastornos de ansiedad se sitúan entre los problemas más prevalentes en la infancia y adolescencia (Costello, Egger y Angold, 2005; In-Albon y Scheneider, 2007; Mardomingo, 2005; Mazzone et al., 2007; Ollendick y Seligman, 2005; Orgilés, Espada y Méndez, 2008; Suárez, Polo, Chen y Alegría, 2009; Vasa y Pine, 2006 en Lagos, Vicent, Gonzálvez, Sanmartín, y García, 2018). Y como mencionan Ordóñez, Espinosa, García y Muela (2013) la edad normal de inicio en la infancia de un trastorno de ansiedad se sitúa entre los 7 y 12 años.

De acuerdo al Instituto de la Mente Infantil (*Child Mind Institute*) en su informe sobre Salud Mental en la Infancia de 2018, reportó que los trastornos de ansiedad son

más habituales, tanto en Estados Unidos como en todo el mundo. Además de que aumentaron los diagnósticos de trastornos de ansiedad en jóvenes menores de 17 años, pasando de un 3.5% a un 4.1% en esos últimos diez años. En donde el 10% de los jóvenes de 6 a 17 años presentaron un trastorno de ansiedad. El porcentaje de adolescentes estadounidenses que cumplirán los criterios para un trastorno de ansiedad es del 13% para la fobia específica, 9% para un Trastorno de ansiedad social, 8% para la ansiedad por separación, 2% para el trastorno de pánico, y 2% para el trastorno de ansiedad generalizada. Así mismo, el 61% de los adolescentes que, a los 2 años, ya mostraban una conducta inhibida, presentan signos de ansiedad social a la edad de 13 años, al interactuar con adultos desconocidos. Además, que la ansiedad por separación afecta principalmente a los niños más pequeños (10.6 años), mientras que la ansiedad social se presenta más adelante, cuando las relaciones entre iguales cobran más importancia (14 años). Con respecto al **género**, las mujeres tienen un mayor riesgo de trastornos de ansiedad, y esta diferencia de género comienza en la pubertad. Las adolescentes tienen el doble de probabilidades de tener un trastorno de ansiedad (INFACOP-ONLINE, 2019).

En una revisión de artículos realizado por Romero et al. (2010) en la base de datos PsycINFO y en la base de datos de la Universidad Autónoma de Barcelona, encontraron que la prevalencia de los síntomas ansiosos en la niñez puede encontrarse entre 2.6% y 47%. En donde los dos grupos de síntomas ansiosos más prevalentes en los niños son la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada.

Lo anterior concuerda con diferentes investigaciones. Por ejemplo, en un estudio de revisión sistemática y meta-análisis realizado en 2015, se estimó una prevalencia mundial de ansiedad generalizada es de 6.5%, ocupando este padecimiento el primer lugar en prevalencia (Polanczyk et al., 2015). Aparte, Rapee (2016) reportó que alrededor de 5% de los niños cumplen con los criterios para un diagnóstico de trastorno de ansiedad, que en la mayoría de los casos comienza entre la segunda infancia y la adolescencia media; con alrededor de los 7 u 8 años en el caso del

trastorno de ansiedad por separación, y entre los 10 o 12 años en el de ansiedad generalizada.

Otros autores estiman años atrás que entre un 15% y un 20% de niños y adolescentes desarrollan un trastorno de ansiedad; coincidiendo en que la ansiedad por separación, junto a las fobias específicas, son más frecuentes en población infanto-juvenil (Beesdo, Knappe y Pine, 2009 en Ordóñez, Espinosa, García y Muela, 2013).

Información de Ochando y Peris (2017), mencionan que los valores de prevalencia en la infancia y adolescencia en fobia específica se estiman alrededor del 2%. La fobia escolar afecta principalmente a niños entre los 11-14 años de edad, aunque puede observarse a partir de los 5 años con una prevalencia aproximada de un 1%, aunque pueden existir formas leves que no se traducen en un absentismo escolar manifiesto. En cuanto al trastorno de pánico la prevalencia es de 16% en jóvenes entre 12 y 17 años de edad.

Además de que se ha reportado que las niñas son las que suelen informar de más síntomas de ansiedad, los datos permiten corroborar lo planteado en muchos de los estudios previos en los que se plantea que las mujeres (niñas y adolescentes) presentan puntuaciones más altas en ansiedad que los hombres (niños y adolescentes). Estos mismos estudios han señalado que este hecho podría deberse a patrones culturales promovidos en los procesos de socialización en la infancia y adolescencia (Lagos et al., 2018).

En México, en el año 2014, la ansiedad infantil resultó ser la cuarta causa de consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de la Ciudad de México, llegando a atenderse hasta 103 niños de entre 5 y 14 años de edad (Márquez, Arroyo, Granados y Ángeles, 2017). Y en países como Brasil la incidencia de trastornos de ansiedad dañinos en niños y adolescentes alcanzó el 3.40% y el 5.04% de acuerdo a información reportada por Guancino, Guisantes de Salvo y Priscila (2020).

2.3. Manifestaciones o síntomas

González y Martínez-Otero (2014) mencionan que no existe un acuerdo teórico respecto a la ansiedad y no resulta fácil hacer un diagnóstico, ya que, cuanto menor es el niño, más diferentes son los síntomas de ansiedad de los que presentan los adultos. Para Ochando y Peris (2017) las respuestas ansiosas pueden abarcar síntomas neurovegetativos (inquietud psicomotriz, desasosiego, taquicardia, taquipnea, sudoración, aumento de la transpiración, piloerección), síntomas cognitivos y/o síntomas somáticos.

De la misma forma, otros autores como Rendón (2015) afirman que las formas de expresar la ansiedad en niños y adolescentes se dan de diferentes maneras, incluso puede llegar a afectar el lenguaje, la corporalidad y puede expresarse a través de comportamientos externalizantes como la cólera, la agresividad o la hiperactividad, o por medio de una mezcla de desazón, inquietud, disgusto, temor difuso, intensa sensación de peligro o sentimiento de inseguridad, acompañado de sensaciones físicas de opresión, malestar, dolor e inestabilidad. O síntomas somáticos como insomnio (inicial o de mantenimiento), sueño intranquilo, somnolencia, hiperactividad-excitación, dolor abdominal, hiperfagia o anorexia, náuseas, cefalea, temblores y/o tensión muscular (Ochando y Peris, 2017), así como dolores de cabeza o dolores de estómago más recurrente (Lagos et al., 2018), dolor de espalda y sensación de cansancio (Herskovic y Matamala, 2020). Además de que estos últimos autores reportan que el 10.8% de los niños y adolescentes que sufre de un trastorno de dolor somático crónico tiene un riesgo tres veces mayor de desarrollar ansiedad o depresión.

Lo anterior llega a coincidir con Sánchez y Cohen (2020), al afirmar que las manifestaciones varían en función de la edad y del desarrollo cognitivo de cada niño, así como el tipo de miedos o preocupaciones. En donde, en **los bebés** se pueden dar: llanto, irritabilidad, hipertonicidad muscular, vómitos, hiperventilación, espasmos de sollozo. En la **edad escolar**: miedos, síntomas somáticos (dolor abdominal, cefaleas), irritabilidad, alteración de conducta (inquietud, desobediencia,

rabietas), problemas de memoria, atención y concentración, problemas relacionados con el sueño (insomnio, pesadillas). Y en la **adolescencia**: irritabilidad, mareo, dolor torácico, insomnio, fatiga, y miedos sociales. Es la etapa del desarrollo que aparecen los síntomas de despersonalización y desrealización. La despersonalización es un sentimiento de extrañeza hacia el propio yo, como si el adolescente se sintiera vacío. En la desrealización el mundo circundante se percibe como si no existiera, como si no fuera real ni tuviera vida.

La ansiedad que presentan los niños al separarse de su cuidador habitual es normal a partir de los 4 o 5 meses de edad, y va disminuyendo a partir de los 3 hasta los 5 años en que entienden que la separación no es para siempre, presentando síntomas como malestar excesivo o recurrente, preocupación por perderse, rechazo o resistencia de salir lejos o ir al colegio, rechazo a dormir solo o fuera de casa, pesadillas sobre separarse de sus cuidadores, náuseas, palpitaciones, vértigos, o vómitos. En la **Fobia específica** se encuentran síntomas como miedo (causa un deterioro significativo de las actividades del niño con duración mayor a seis meses), llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse. Las fobias más características en la infancia, aparte de la fobia escolar, son: a la oscuridad (50% del total), a animales (25% del total), a accidentes, enfermedades, exámenes, fracaso escolar, películas determinadas, monstruos, tormentas, alturas, agujas o espacios cerrados (claustrofobia). En la **fobia escolar**, la sintomatología suele tener predominio matutino, cuando se despierta para ir al colegio, siendo frecuente que los síntomas (dolor abdominal, cefalea, náuseas, dolor en piernas, palpitaciones, etc.) desaparezcan el fin de semana (Ochando y Peris, 2017; Romero y Domènech, 2012).

Estos mismos autores también reportan que el **trastorno de ansiedad social**, se presenta con igual frecuencia en niños que en niñas, teniendo su inicio generalmente en la adolescencia de forma gradual y es frecuente tras una experiencia estresante o humillante. El síntoma predominante es la presencia de un miedo o ansiedad intensa, desproporcionada y/o persistente en situaciones sociales en las que el niño está expuesto al posible juicio por parte de los demás (mantener

conversación, ser observado, reunirse con personas desconocidas, actuar delante de otras personas, comer o escribir en público o ir a fiestas). En donde, el niño suele mostrarse tímido, aturdido y angustiado con desconocidos, mostrando poca seguridad y confianza en sí mismo. En ocasiones, puede expresarse con llanto, rabieta, quedarse paralizado, encogerse, aferrarse o fracasar en iniciar o mantener una conversación. En niños mayores puede manifestarse con temor a ruborizarse, tener temblor de manos, náuseas, necesidad de incontinencia urinaria, rehusar participar en juegos de equipo, mantenerse en segunda posición en las actividades sociales, disminución en la participación en clase o evitar citas adecuadas a su edad.

En cuanto al **trastorno de pánico**, los autores comentan que se caracteriza principalmente por la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave no limitadas. Tienen un inicio brusco y suelen durar unos diez minutos, acompañándose de, al menos, cuatro síntomas somáticos o cognitivos (palpitaciones, sudoración, escalofríos o sensación de calor, dolor precordial, sensación de asfixia y/o ahogo, mareo, vértigo, sensación de irrealidad [despersonalización o desrealización], parestesias, temor a morir o a perder el control). En la **Agorafobia**, los síntomas que se manifiestan pueden ser miedo o ansiedad intensa, persistente y desproporcionada en dos o más de situaciones como el uso de transporte, estar en espacios abiertos o cerrados, estar en medio de una multitud o estar fuera de casa solo. Y el trastorno de **ansiedad generalizada** se expresa por medio de una preocupación y ansiedad excesiva y persistente, la mayor parte de los días, ante la vida en general y que se prolonga durante un periodo de, al menos, seis meses. Para los niños solo se necesita uno de los siguientes síntomas: Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios en punta, se encuentra fácilmente fatigado, dificultad en concentración o sensación de quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, trastornos del sueño (dificultad en conciliación, sueño inquieto o insatisfactorio). Los niños pueden mostrarse perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por una

excesiva insatisfacción y perseguir la aprobación constante de los demás (Ochando y Peris, 2017).

2.4. Factores de Riesgo

Ochando y Peris (2017) reportan que entre las causas más comunes de la manifestación de la ansiedad en la infancia se encuentran **factores genéticos**, **rasgos temperamentales del menor** (los niños con inhibición comportamental, tímidos y con tendencia al retraimiento en la primera infancia, presentan más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad en etapas posteriores del desarrollo), **estilos de crianza parental** (la sobreprotección excesiva, así como los estilos educativos excesivamente punitivos y la transmisión de miedos específicos por parte de los padres pueden contribuir a la génesis de dichos trastornos), **acontecimientos vitales estresantes** (conflictividad familiar, escolar o social, situaciones traumáticas, pérdidas o duelo de un ser querido, cambio de colegio o domicilio), **familias disfuncionales** (niveles altos de violencia y escasa capacidad para resolver problemas), **condiciones desfavorables de salud** (trastornos neuróticos, enfermedades crónicas no compensadas) o **situaciones sociales desfavorables** (nivel socioeconómico bajo, adversidad económica, sensación de inseguridad).

En un estudio realizado por Álvarez et al. (2020), a 406 escolares de 8 a 13 años de edad de Baja California Sur, reportaron que el 54.7 % de los casos estudiados presentaron ansiedad por alimentos, con un 40% por factores externos, con un 5% por cansancio o aburrimiento y en el 11% por sentimientos negativos. Otros estudios realizados en el ámbito escolar, como fue el realizado por González y Martínez-Otero (2014) a 808 escolares mexicanos de 5.º y 6.º grado de educación primaria, indicaron que la ansiedad es producto de problemas en el centro educativo por inadaptación, malas relaciones, sobrecarga de trabajo, alta competitividad entre compañeros o un elevado nivel de autoexigencia académica, sobre todo porque las

calificaciones suelen considerarse un medio para lograr el reconocimiento de personas significativas, como los padres y los maestros. Por su parte, Lagos et al. (2018) reportaron que también son factores de riesgo el acoso escolar y la hostilidad en las escuelas.

La investigación realizada por Gómez, Martín y Ortega (2017) a escolares españoles de educación primaria entre 6 y 11 años demostraron que la ansiedad es mayor a causa de la conflictividad y separación de sus progenitores, siendo las niñas las que presentan mayores puntajes. Con lo que concuerdan González y Martínez-Otero (2014) e incluyen las dificultades económicas, la baja autoestima y las escasas habilidades interpersonales, por nombrar solo algunos. Además de que las circunstancias sociales parecen favorecer en buena medida la presencia de manifestaciones ansiosas.

Para Caraveo y Martínez (2019) la ansiedad en la infancia predice problemas de abuso de sustancias en la adolescencia y en la edad adulta, es decir, la ansiedad tiende a aumentar con la edad y alerta acerca de mayores problemas de salud mental para etapas posteriores de la vida, tal y como lo ha puesto de manifiesto la encuesta de adolescentes en México. Lo que toma relevancia ya que, hoy en día se observa a más niños, sobre todo en contextos urbanos, con entornos muy desnaturalizados y abundante información disponible a través de los medios de comunicación, expuestos a diversos estímulos amenazadores. Los menores se desenvuelven con frecuencia en un ambiente inseguro, incluso violento, con escasa oportunidad de esparcimiento al aire libre, entre otras condiciones desfavorables.

2.5. Factores de protección

“A pesar de la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, tan solo una parte de ellos llega a diagnosticarse y, de ellos, tan solo un subgrupo recibe una intervención terapéutica efectiva” (Ochando y Peris, 2017,

p. 43). Su abordaje de acuerdo a estos autores es multimodal, es decir, el tratamiento debe contemplar la severidad de los síntomas, la edad del infante, la naturaleza de los factores causales y la presencia de comorbilidad. En donde, se puede dar un tratamiento psicoterapéutico, con una relación que involucra al médico-paciente-familia, ya que ayudando y orientando a la familia se ayuda al niño. Para estos autores, la **terapia cognitivo-conductual (TCC)** es efectiva en la reducción de los síntomas, con una eficacia reportada en el 50% de los casos en 10-20 sesiones, manteniéndose el efecto a largo plazo. Puede utilizarse efectivamente en niños mayores de seis años y puede realizarse a nivel individual o grupal. Buscando con esto que el niño adquiera habilidades de afrontamiento de problemas, mejore su autoconfianza, reestructure sus cogniciones erróneas y modifique sus conductas con la práctica de nuevos comportamientos. En tanto que el **tratamiento farmacológico** se efectúa cuando el **grado de ansiedad es moderado o severo**, recetando inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) (fluoxetina, sertralina, escitalopram); siendo el grupo farmacológico para el que existe un mayor número de publicaciones que demuestran su eficacia frente a placebo y su buena tolerabilidad.

Lo anterior se ejemplifica en el estudio realizado por Gutiérrez, Méndez, Riveros y Gutiérrez (2021), con niños de entre 8 y 11 años de edad diagnosticados con trastornos de ansiedad en un hospital público especializado de la Ciudad de México, los cuales reportaron que la terapia cognitiva-conductual (TCC) es eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad infantil incluso al reducirse la ingesta de medicamento, así como para lograr cambios cuyo efecto clínico permanece hasta dos meses después de término del tratamiento psicológico.

Otros autores mencionan que la primera intervención es la **psicoeducación del niño y sus padres sobre la ansiedad**. Además de que, la elección del tratamiento debe tener en cuenta la gravedad del trastorno, el diagnóstico específico del trastorno de ansiedad, el tiempo de evolución, presencia de comorbilidades, edad y grado de desarrollo del niño (cuanto más pequeño más se debe intervenir con los

padres), características familiares y sociales, tratamientos previos ineficaces y recursos disponibles (Sánchez y Cohen, 2020).

Guancino et al. (2020), realizaron un trabajo con 19 niños con edad entre 5 y 7 años de ambos sexos y demostraron que métodos como el FRIENDS⁴ disminuyeron la totalidad de los síntomas presentados de ansiedad después de dos meses de seguimiento del mismo.

En México, los problemas de ansiedad son el principal problema de salud mental en los adolescentes, pero tienen la menor prevalencia de uso de servicios, y esto concuerda con datos a nivel internacional relacionados con el uso de servicios, esto de acuerdo a lo reportado por Márquez et al. (2017). Por su parte, el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPI), en la Ciudad de México, publicó guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de los 11 trastornos⁵ con mayor demanda de atención en esta institución entre ellos la de ansiedad, la cual da un panorama general del padecimiento, centrándose en los programas de protección oportuna, y reconociendo la labor de la psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual, la terapia psicodinámica, la psicoeducación o ejercicios terapéuticos (Martínez, Fernández, Navarro y Martínez, 2021).

2.6. Instrumentos de Evaluación

En cuanto a los instrumentos de evaluación de los trastornos de ansiedad, no se reportó alguna certeza de cuáles de ellos hayan sido estandarizados en la población infantojuvenil mexicana, sin embargo, los mencionados a continuación son aquellos

⁴ El Método FRIENDS, es un programa que tiene como objetivo prevenir ansiedad y depresión, por medio del desarrollo de habilidades socioemocionales, resiliencia y comportamientos para una vida saludable, y también por una posibilidad de intervención.

⁵ Entre los otros trastornos se encuentran déficit de atención e hiperactividad, problemas de conducta, consumo de sustancias, esquizofrenia, trastorno bipolar, ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos generalizados del desarrollo, retraso mental y epilepsia.

a los que se tuvo acceso, correspondientes a los últimos años en países como Chile, Japón, España o Alemania.

Investigaciones en el ámbito escolar han utilizado diversos tipos de instrumentos como es el **Inventario de Ansiedad Escolar para Educación Primaria (IAEP)**, que evalúa los niveles de ansiedad escolar en niños con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años. Este instrumento en su adaptación chilena consta de 27 ítems que hacen referencia a las situaciones escolares (ansiedad ante la evaluación y el fracaso escolar, ansiedad ante la victimización, ansiedad ante la evaluación Social y ansiedad ante el castigo escolar) y 28 ítems referidos a las manifestaciones que componen la respuesta de ansiedad (Cognitiva, Psicofisiológica y Motora), permitiendo la obtención de una puntuación total de ansiedad escolar (Lagos et al., 2018).

Gaeta y Martínez-Otero (2014) utilizaron para su investigación titulada “Ansiedad en alumnos mexicanos de primaria: variables personales, escolares y familiares” la **Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R)** de Reynolds y Richmond (1997) que consta de cuatro subescalas: Ansiedad fisiológica (manifestaciones como dificultades en el sueño, náusea y fatiga); Inquietud/Hipersensibilidad (preocupación obsesiva acerca de una variedad de cuestiones, miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional); Preocupaciones sociales/Concentración (preocuparse por no ser tan buenos, efectivos o capaces como otros, miedos de naturaleza social o interpersonal, dificultades en la concentración y atención); y, Mentira (respuestas en función de lo que cree que otros esperan de él).

Estos mismos autores utilizaron el **Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en niños (STAIC)**, de Spielberger (1989), la cual, evalúa la Ansiedad estado (intenta evaluar la aprensión, tensión y preocupación que varían en intensidad con el tiempo) y la Ansiedad rasgo (busca evaluar la propensión a la ansiedad como rasgo permanente en la dinámica personal. Es decir, contiene 20 elementos con lo que el niño puede expresar “cómo se siente en un momento determinado”, y la Escala A-rasgo comprende también 20 elementos con los que el

sujeto puede indicar “cómo se siente en general”. Su rango de aplicación es en niños de 9 a 15 años.

Otro instrumento de evaluación es el ***Spence Children’s Anxiety Scale (SCAS)***, que tiene como objetivo medir los niveles de síntomas de ansiedad infantil a través de las respuestas que brindan los cuidadores de los niños. Consta de 38 ítems que describen las conductas del niño relacionadas con los síntomas de ansiedad. Los responsables responden según la frecuencia con la que se producen las conductas descritas en los ítems en una escala Likert de cuatro puntos: nunca, a veces, a menudo, siempre. Los 38 ítems se dividen en seis escalas, seis ítems abordan preguntas sobre ansiedad por separación, seis sobre fobia social, seis sobre problemas de obsesión compulsiva, seis sobre pánico, tres sobre agorafobia, seis sobre ansiedad generalizada y seis sobre miedos a lesiones corporales. La suma absoluta de los ítems relacionados con cada escala forma puntajes, y la suma absoluta de todos los ítems da lugar a la Escala de síntomas de ansiedad total. Esta escala fue utilizada para la población brasileña (Guancino et al., 2020). Aunque, existen versiones como la alemana, japonesa y española (Godoy, Carrillo, Cobos y Quintero, 2011).

La **Escala Multidimensional para niños (MASC)** es una escala realizada empíricamente que evalúa un espectro de síntomas de ansiedad. Sus cuatro factores son subdivididos en síntomas físicos, ansiedad social, evitación y ansiedad de separación, mientras que su puntuación total marca un trastorno de ansiedad generalizada. Contiene 39 ítems que evalúan cuatro dimensiones en niños de 8 a 17 años: síntomas físicos, ansiedad social, ansiedad por separación y evasión al peligro. Estos ítems se puntúan teniendo en cuenta cuatro opciones de respuesta: 0 = nunca, 1 = casi siempre, 2 = a veces y 3 = frecuentemente. Tiene buenas propiedades psicométricas tanto en población normal como en clínica (Romero, 2014).

Así también, existen otros instrumentos que no están incluidos en las investigaciones revisadas, pero miden la ansiedad en la población infantojuvenil,

como es la **Escala de Evaluación de la Ansiedad de Hamilton (HARS)**, esta escala se aplica a padres y adolescentes para obtener una puntuación completa acerca de la ansiedad del joven. Contempla ítems físicos y somáticos. Otro es el **Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)** de John S. Gillis, para infantes de 6 a 8 años. La prueba consta de 20 preguntas adaptadas a los problemas emocionales, con una hoja de respuestas y plantilla de corrección. La **Escala de Evaluación de la Ansiedad Pediátrica (PARS)**, mide la ansiedad en tres áreas: Ansiedad de Separación, Fobia Social y Ansiedad Generalizada. Consta de un cuestionario de 50 ítems que contestan padres e hijos, sobre síntomas presentes en la última semana, con una escala que va desde “nada” a “extremo”, de esta forma se evalúa la frecuencia, severidad y deterioro de la ansiedad de separación, fobia social y ansiedad generalizada. Y la puntuación total no varía en función del género o la edad. El **Inventario de Ansiedad y Fobia Social para Niños (SPAI-C)** evalúa los aspectos somáticos, cognitivos y de comportamiento de la ansiedad social mediante tres subescalas: afirmación, encuentros sociales y actuación en público. La **Escala de Afrontamiento de Temores para Niños-Revisado (FSSC-R)**, evalúa tanto el número como la intensidad de los temores en cinco subescalas (temor al fallo y la crítica, temor a lo desconocido, temor a las lesiones y animales pequeños, temor al peligro y la muerte, y temores médicos). Y la **Escala Obsesivo-Compulsiva para Niños de Yale-Brown (CY-BOCS)** evalúa los síntomas o importancia del TOC durante una amplia franja de tiempo. Contiene cinco bloques (instrucciones, lista de obsesiones, grado de importancia de las obsesiones, listado de compulsiones y nivel de intensidad de las compulsiones (Batlle, s.f.).

Capítulo 3. Comorbilidad entre Depresión y Ansiedad en la infancia

“Trastornos como la depresión y la ansiedad, con síntomas parecidos, que suelen co-ocurrir frecuentemente sin importar edad ni género, son trastornos que pueden tener una misma génesis en tanto son internalizantes” (p. 175). Sin embargo, todavía no se tiene claro si la comorbilidad ansiedad/depresión se deba a una relación en el tiempo o a una relación causal (Romero y Domènech, 2012).

A continuación, se presenta la información recuperada de la comorbilidad entre depresión y ansiedad, sin embargo, es importante mencionar que, al momento de la revisión de literatura, se observó que son pocas las publicaciones que hablan de la comorbilidad entre ellas, así que se presenta aquella información a la que se tuvo acceso.

3.1. Definición y clasificación

La comorbilidad es la coexistencia de dos, o más, trastornos psicológicos en un mismo individuo que en la mayoría de los casos implica un incremento del nivel de gravedad de los síntomas, un peor pronóstico y una peor respuesta al tratamiento (Romero y Domènech, 2012).

Los trastornos de depresión y de ansiedad pueden encontrarse en comorbilidad, ya sea porque el padecer uno de ellos contribuya a desarrollar el otro. “La **depresión con ansiedad** se define como la presencia de dos o más de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o distimia” (AAP, 2013, p. 119):

- Se siente nervioso o tenso.
- Se siente inhabitualmente inquieto.
- Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
- Miedo a que pueda suceder algo terrible.

- El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Y puede ser:

- Leve: Dos síntomas.
- Moderado: Tres síntomas.
- Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas.
- Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

En el CIE-10 se reporta la clasificación de Trastorno mixto de ansiedad y depresión, el cual se define como sigue:

F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión. Esta categoría debe ser utilizada cuando existen tanto síntomas de ansiedad como de depresión, pero sin que ninguno de estos síntomas sea claramente predominante, ni aparezca con tal importancia que justifique un diagnóstico particular, si es que se los considera por separado. Cuando se dan en conjunto los síntomas de ansiedad y de depresión, y son suficientemente graves como para justificar diagnósticos separados, deben registrarse ambos y, por lo tanto, esta categoría no deberá ser utilizada. Depresión de ansiedad (leve o no persistente) (OPS, 2008, p. 323).

En el CIE-11 (2021) se encuentra también el **Trastorno mixto de ansiedad y depresión**, pero ahora con el código **6A73**, el cual contiene una mayor descripción y menciona síntomas y durabilidad, y está definido de la siguiente manera:

“El trastorno mixto depresivo y de ansiedad se caracteriza por síntomas tanto de ansiedad como de depresión más días que durante un período de dos semanas o más. Los síntomas depresivos incluyen estado de ánimo deprimido o interés o placer notablemente disminuidos en las actividades. Existen múltiples síntomas de ansiedad, que pueden incluir sentirse nervioso, ansioso o al límite, no poder controlar los pensamientos preocupantes, miedo a que suceda algo terrible, problemas para relajarse, tensión muscular o síntomas simpáticos autónomos. Ningún conjunto de síntomas, considerados por separado, es lo suficientemente grave, numeroso o persistente como para justificar un diagnóstico de otro trastorno

depresivo o un trastorno relacionado con la ansiedad o el miedo. Los síntomas resultan en una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes. No hay antecedentes de episodios maníacos o mixtos, lo que indicaría la presencia de un trastorno bipolar” (s.p.).

En 2012, entre los nuevos trastornos planteados por los grupos de trabajo del DSM-V se encontraba el trastorno mixto de ansiedad y depresión, el cual determinaba que se tenían que presentar tres de los cuatro principales síntomas del trastorno de depresión mayor (incluidos anhedonia y humor deprimido) y dos o más de los siguientes síntomas de ansiedad: preocupación irracional, problemas para relajarse, tensión motora, miedo de que algo terrible pasará y preocupación por pensamientos desagradables. Asimismo, se reportaba que para diagnosticar este trastorno ningún otro cuadro psicopatológico puede estar presente y ambos, ansiedad y depresión, deben cursar simultáneamente. Sin embargo, al final se determinó excluir trastorno mixto ansiedad/depresión por no haber pruebas científicas suficientes que lo avalaran (Romero y Domènech, 2012).

3.2. Prevalencia

La comorbilidad en los trastornos ansiosos/depresivos tienen una alta prevalencia en la población infantil (Romero y Domènech, 2012). Lo que concuerda con Ferrer, Martín, Pineda, Sandín y Piqueras (2018) al reportar que la comorbilidad entre ambos trastornos es muy elevada, estimándose entre el 15% y el 70% en niños y adolescentes con diagnóstico de depresión y que presentan comorbilidad con trastornos de ansiedad, además de que, la ansiedad y la depresión son problemas altamente prevalentes, crónicos, incapacitantes y con frecuencia son infradiagnosticados e infratratados entre niños y adolescentes. Este rango de prevalencia en la comorbilidad coincide con lo estimado por Ochando y Peris (2017) al detectar rangos que varían entre el 28 y el 68%. Y con Romero (2014) que reporta

una comorbilidad que varía de 30% a 75%, en población general y de 8% a 86% en población clínica.

A diferencia de Sánchez y Cohen (2020), que informan una prevalencia de 33%, afirmando que la depresión mayor se asocia a trastornos de ansiedad severos, los síntomas de ansiedad suelen preceder a la aparición de los síntomas depresivos.

Romero et al. (2010) en su estudio titulado “*Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años*” realizado a 792 niñas y 715 niños, reportaron una comorbilidad heterotípica del 82% en niños con riesgo de depresión y del 20% en niños con riesgo de ansiedad. Mientras que la comorbilidad homotípica entre los factores de ansiedad fue del 87%. Estos autores comentan que generalmente, el TAG es el trastorno de ansiedad que más se asocia con depresión, sin embargo, en su análisis, fue el TAS el que más coexistió, y el TAG fue el segundo factor con comorbilidad heterotípica. Esto puede deberse a que el TAS es más común en pre-púberes, mientras que el TAG lo es en la adolescencia.

Además de que estos mismos autores encontraron que los niños con alta sintomatología depresiva presentaron al mismo tiempo síntomas del trastorno de ansiedad de separación y del trastorno de ansiedad generalizada (Romero, et al. 2010). De igual forma, otros autores mencionan que el trastorno de pánico en los niños suele ir acompañado principalmente de depresión (Romero y Domènech, 2012).

Por su parte, Ferrer et al. (2018) mencionan que en España la comorbilidad entre ambos trastornos es muy elevada estimándose que entre el 15% y el 70% de niños y adolescentes que tienen un diagnóstico de depresión, presentan comorbilidad con trastornos de ansiedad.

3.3. Manifestaciones o síntomas

No son claras las causas de la tendencia a co-ocurrir síntomas ansiosos y depresivos, sin embargo, el texto de Romero y Domènech (2012) menciona que la comorbilidad debe tratarse como un trastorno diferente de los trastornos de ansiedad y de depresión. Por lo cual, **síntomas como la fatiga, la dificultad de concentración, el insomnio, la preocupación y las quejas somáticas pueden encontrarse presentes tanto en cuadros de ansiedad como de depresión** en población infantojuvenil. Y que las preocupaciones sobre eventos futuros, cuestiones académicas, relaciones entre compañeros o problemas en el hogar, son síntomas que se manifiestan más a menudo en trastornos de ansiedad que de depresión. En tanto que, el sentimiento de no ser querido, la anhedonia, el humor deprimido y la culpa excesiva son síntomas más específicos de niños deprimidos.

Así también, los síntomas somáticos que se presentan con mayor frecuencia en niños y adolescentes con comorbilidad de ansiedad y depresión son **dolor, cansancio, desmayos y náuseas**. Específicamente, el dolor somático crónico (dolor de cabeza, dolor abdominal y músculo esquelético recurrente) parece ser muy frecuente, afectando hasta a un 25% de los niños y adolescentes en muestras de la población general que padecen comorbilidad depresiva-ansiosa (Herskovic y Matamala, 2020).

Otros autores afirman que la rumiación negativa, así como el perfeccionismo, se relacionan significativamente con la comorbilidad entre ansiedad y depresión (Ferrer et al., 2018).

3.4. Factores de Riesgo

Caraveo y Martínez (2019) mencionan que algunos estudios prospectivos han mostrado que, si bien, los síntomas de depresión y ansiedad aparentemente corresponden a dos factores distintos, el desarrollo de una de estas manifestaciones

puede ser afectada por la severidad inicial de la otra. Además de que alguna de ellas (depresión o ansiedad) en la infancia predice el padecimiento de alguna de la otra en la adolescencia, es decir, que tanto la ansiedad como la depresión tienden a aumentar con la edad, y alerta acerca de mayores problemas de salud mental para etapas posteriores de la vida, tal y como lo ha puesto de manifiesto la encuesta de adolescentes en México.

Por su parte, López, Mejía y Vargas (2018), enlistaron una serie de factores de riesgo en población adolescente que pueden generar depresión y ansiedad de manera comórbida como son: malestar social e incluso miedo ante personas, objetos y/o situaciones desconocidas, inciertas o cambiantes, estilo de crianza autoritario, castigos severos infligidos por parte de los padres, problemas de comunicación, pertenecer a grupos migrantes, con bajo nivel económico, ambiente escolar inadecuado, déficit de habilidades sociales, distorsiones cognitivas, un sistema de creencias desadaptativo, y una pobre percepción de autoeficacia, violencia, ser objeto de *bullying*, inconformidades con su apariencia física, abuso psicológico, físico o sexual. Además de que señalan que a mayor número de factores de riesgo hay una mayor vulnerabilidad emocional del adolescente, lo cual refiere que las respuestas depresiva o ansiosa corresponden a las limitaciones del medio social que impactan la calidad de vida.

Otros estudios, como el realizado por Rizo et al. (2018) reportaron que, entre los adolescentes de 12 a 17 años, el abuso físico, emocional y sexual son factor de riesgo al presentar altos puntajes en depresión y ansiedad.

Es así que, el identificar los factores de riesgo oportunamente toma importancia, al permitir el diseño y la implementación de programas preventivos que ayuden a la población infantojuvenil a afrontarlos de manera más efectiva, de tal forma que se evite que estos factores provoquen síntomas de esta comorbilidad, y evitar con ello consecuencias psicosociales negativas. Por lo que a continuación se comentaran los factores de protección.

3.5. Factores de protección

Los factores de protección son las características detectables en un individuo, familia, o comunidad que favorecen el desarrollo humano, ayudan a mantener la salud o a recuperarla, ayudando en la reducción de la vulnerabilidad. Sin embargo, han sido pocos los esfuerzos preventivos dirigidos a los trastornos internalizados, como los trastornos de ansiedad y depresión. Por lo que, investigaciones señalan la importancia del entrenamiento en técnicas de control de la activación fisiológica, detección y sustitución de pensamientos automáticos negativos, auto reforzamiento abierto y encubierto y entrenamiento en solución de problemas. Dando mayor atención a la cohesión familiar, expresados generalmente en actitudes de apoyo mutuo, realización de actividades en conjunto y afecto recíproco, como un factor altamente protector potenciando las capacidades y habilidades personales como forma de protección frente a la aparición de enfermedades mentales, entre ellas, los trastornos de ansiedad y la depresión (López et al., 2018).

De acuerdo al Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en México elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2011), el país carece de un programa nacional de salud mental específico para la niñez, lo que obstaculiza la detección y atención tempranas de los trastornos; los servicios que existen están concentrados en las grandes urbes, lo cual dificulta el acceso a las poblaciones rurales e indígenas; y, existe escasa coordinación entre el sector salud y otros sectores. Si bien, es importante prevenirlos, estos autores identifican principalmente dos tipos de intervenciones preventivas: psicológicas y psicoeducativas. Las intervenciones psicológicas implican la enseñanza de habilidades para reducir la ansiedad o depresión y las intervenciones psicoeducativas refieren a aquellas donde se proporcionó información sobre el trastorno en cuestión, su tratamiento y pronóstico, además de herramientas para su manejo. La evidencia apunta que el abordaje más reportado en las intervenciones psicológicas es la terapia cognitivo conductual, mientras que la psicoeducación cuenta con su propio procedimiento. Además de que, mencionan que en población infantil (8 a 12 años) la psicoeducación ha mostrado reducción en los síntomas depresivos; mientras que,

con adolescentes, influye en la actitud, cambio conductual, funcionalidad social, comunicación y soporte familiar; mientras que, en personas que presentan ansiedad, la psicoeducación brinda el soporte y la comunicación requeridos, pues el diálogo es necesario puesto que impacta en la adaptación y facilita las preguntas y respuestas respecto a la enfermedad (López et al., 2018).

Entre algunos de los programas que reportan estos autores (Ver anexo 1), con mayor eficacia en el campo preventivo de la ansiedad y depresión se encuentran:

- *Resourceful Adolescent Program (RAP)*: Implementado con muestras poblacionales universales, tiene tres componentes que promueven factores protectores individuales, familiares y escolares. El RAP- A trabaja con adolescentes de 12 a 15 años de edad y el foco de las intervenciones son reestructuración cognitiva, resolución de problemas, manejo del estrés y acceso a red de apoyo.
- *Penn Resiliency Program (PRP)*: Con un enfoque cognitivo conductual, este programa ha sido implementado con muestras de 10 a 14 años de edad. Apuesta al desarrollo de la resiliencia, bienestar y optimismo.
- *Coping with Depression (CWD) / Coping with Stress Course (CwSC)*: Con una intervención psicoeducativa y cognitivo conductual, se ha usado en muestras de 13 a 18 años de edad. Incluye componentes tales como información, habilidades cognitivas, habilidades sociales, actividades placenteras y técnicas de relajación.
- *Problem Solving for Life (PSFL)*: Implementado con muestras de 12 a 14 años de edad; integra un componente de reestructuración cognitiva y uno de entrenamiento en habilidades en resolución de problemas.
- *FRIENDS for Life*: Desde un marco cognitivo conductual, ha sido implementado con muestras de 4 a 16 años de edad. Se enfoca en construir

la fortaleza emocional, habilidades para solución de problemas y autoconfianza.

Es así que la importancia de los factores de protección radica en que las niñas, niños y adolescentes requieren intervenciones tempranas, con un enfoque psicosocial para evitar el desarrollo de trastornos y sus complicaciones futuras.

3.6. Instrumentos de Evaluación

Si bien, no se encontró una amplia variedad en instrumentos que evalúen la comorbilidad de la depresión y ansiedad, se reporta aquella a la que se tuvo acceso. En el texto de Ferrer et al. (2018) cuyo objetivo fue analizar la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en una muestra de 314 estudiantes adolescentes de 12 a 17 años, se utilizó la versión española de la “**Escala de ansiedad y depresión infantil revisada**” (RCADS) de Sandín, Valiente y Chorot (2009). El cual trata de un instrumento de autoinforme para evaluar la ansiedad y la depresión en niños y adolescentes. Consta de 47 ítems y sus correspondientes subescalas, permite evaluar los síntomas de los siguientes trastornos: TAS: 7 ítems; fobia social (FS): 9 ítems; trastorno de ansiedad generalizada (TAG): 6 ítems; pánico y/o agorafobia (TP): 9 ítems; trastorno obsesivo compulsivo (TOC): 6 ítems y trastorno depresivo mayor (TDM): 10 ítems. La puntuación oscila entre 0 y 3 puntos correspondiente a “nunca”, “a veces”, “muchas veces” y “siempre”.

De acuerdo a estos autores, la escala ha mostrado excelentes propiedades psicométricas con población española. Además, la RCADS cuenta con una versión abreviada de 30 ítems que incluye cinco ítems por subescala (RCADS-30; Sandín et al., 2010; en Ferrer et al., 2018), y ha mostrado propiedades psicométricas similares a la versión original, suponiendo un instrumento más breve y eficiente que respeta la estructura factorial original.

Aunque no se han desarrollado una amplia variedad de instrumentos que evalúen la depresión y ansiedad en población infantojuvenil de manera conjunta, se deduce que los instrumentos comentados en los apartados anteriores (1.6 y 2.6) para evaluar los síntomas en los dos padecimientos de manera separada.

3.7. Consecuencias a corto y largo plazo

Después de la revisión de literatura de depresión y ansiedad en población infantojuvenil, se observó escasa información de consecuencia a corto y largo plazo, en niños y adolescentes. Sin embargo, investigaciones en población adulta que han sido más estudiadas han encontrado que aquellas personas que presentan cuadros depresivos o ansiosos en la infancia van a tener un pronóstico menos favorable, es decir, serán personas que probablemente a lo largo de su vida presentan varios episodios tanto depresivos y ansiosos.

En cuanto a la depresión en la edad adulta, esta se asocia con la depresión en la infancia y en la adolescencia, por lo que, se debe dar prioridad a la detección precoz de la sintomatología depresiva en la población infantojuvenil y evitar que siga su curso en la edad adulta (Bernaras et al., 2013).

Por su parte, en la ansiedad, se ha reportado que, en la transición entre infancia y adolescencia, los trastornos de ansiedad en general se incrementan y que una parte de ellos continúa hasta la edad adulta. Lo que provoca un deterioro de las relaciones sociales y se manifiesta en problemas interpersonales diversos (Caraveo y Martínez, 2019).

A partir de estudios realizados en niños y adolescentes con trastorno de ansiedad obsesivo compulsivo, se observó que muchos de estos menores se encuentran aislados de sus compañeros y tienen muy pocos amigos, o quizá ninguno. Los alumnos ansiosos pueden presentar problemas en su socialización, que a veces se

acrecientan por su mayor dependencia de los adultos. Durante la última década se han desarrollado programas de intervención en la ansiedad desde la escuela que en algunos casos involucran a los propios docentes, a los padres y compañeros. Estos programas surgieron en el contexto europeo y, más recientemente, en Estados Unidos, pero siguen siendo intervenciones de tipo correctivo. Afortunadamente, cada vez hay más propuestas educativas enfocadas al trabajo con las emociones de los alumnos, y se observa al colegio como un lugar apropiado para la adopción de medidas reguladoras a este nivel, lo cual puede cumplir una función preventiva (Gaeta y Martínez-Otero, 2014).

Es así que la importancia del tema reside en que su aparición en la infancia sigue un curso crónico y puede desarrollar consecuencias secundarias en la adolescencia, como son déficits psicosociales, alcoholismo, abuso de sustancias y personalidad antisocial, bajo rendimiento académico. Y en la adultez es muy frecuente que estos trastornos continúen afectando numerosas áreas de la vida, incluso la aparición de estos cuadros continúa con el transcurso de los años (Herrera, 2012).

Además de que, este tipo de trastorno afecta el rendimiento escolar, la relación con la familia y los amigos y, a menudo, imposibilita el contacto social de estos niños, perjudicando su salud, relaciones sociales y desarrollo global (Guancino et al., 2020).

Conclusiones

El objetivo de este trabajo, consistió en realizar un acercamiento teórico sobre la investigación que hasta el momento se ha realizado en torno a la depresión, ansiedad y comorbilidad entre ellas en población infantojuvenil, ya que a lo largo de la formación profesional en la Licenciatura en Psicología en el área clínica se pudo detectar un vacío de información sobre este tema en cuanto a investigación empírica.

Hasta el día de hoy, se puede confirmar que la psicopatología infantil ha tenido grandes avances, pero, también, muchos vacíos. El estudio de los síntomas depresivos y ansiosos en niños y su tendencia a co-ocurrir juntos, ha dado ciertos resultados, pero no son los suficientes. A lo largo de la revisión que se ha hecho en este trabajo se pudo apreciar que la mayoría de investigación en depresión y ansiedad en población infantojuvenil gira en torno a su relación con alguna otra entidad clínica o enfermedad crónica degenerativa generalmente como es el padecer cáncer, trastornos somáticos crónicos, diabetes infantil, o, cardiopatías congénitas, sin embargo, los estudios que únicamente se centran en identificar depresión y ansiedad como entidades separados o en conjunto sin la presencia de ninguna otra manifestación son pocos, como es el de Herskovic y Matamala (2020), o el de Sánchez y Cohen (2020).

Esto se debe principalmente a que la sintomatología en niños y adolescentes es difícil de detectar, ya que, como reportan Collazos y Jiménez (2013) la sintomatología suele ser variada y confusa, existiendo dificultades en los niños de poder expresar verbalmente sus emociones y sentimientos, además de que su personalidad se encuentra en formación y se presentan síntomas poco específicos cuyas características dependerán de la edad del menor (Herskovic y Matamala, 2020; Ramírez et al., 2016; Pacheco y Chaskel, s.f.).

Esto se complejiza cuando existe la posibilidad de haber comorbilidad entre depresión y ansiedad, ya que el infante puede presentar mayor confusión en los

síntomas que presenta y dificultar el diagnóstico al compartir síntomas. No obstante, a pesar de estas dificultades, la comorbilidad entre depresión y ansiedad cada vez toma más importancia al haber estudios que demuestran una alta prevalencia que oscila entre el 15% y el 70% en este tipo de población, y que demuestran que la presencia de uno influye en que aparezca el otro (Ferrer et al., 2018). Por lo cual, se consideró importante también incluir la comorbilidad en este trabajo, ya que, su estudio puede dar información que contribuya al estudio de la depresión y ansiedad y la relación que se vaya generando entre ellas.

De esta forma, la identificación temprana de niños con síntomas puede ayudar a los pediatras, psiquiatras y psicólogos, a prevenir el desarrollo de estas psicopatologías en la infancia y en la adolescencia, y posteriormente en la edad adulta. Puesto que, a mayor conocimiento, se efectuará un mejor diagnóstico y una intervención oportuna que contribuirá a evitar que el padecimiento se extienda a lo largo de su vida.

Otro aspecto importante de mencionar, es que a pesar de que se encontró mayor cantidad de instrumentos de evaluación en cuanto a la depresión que en cuanto a ansiedad y la comorbilidad entre ambas, no existe la certeza de cuántos de ellos están estandarizados a la población mexicana, lo que hace pensar que son muy pocos, y que esto sea un factor de la poca investigación en población infantojuvenil mexicana que existe actualmente y en general. Es decir, se debe poner mayor atención en la creación de instrumentos de medición adaptados a edades tempranas como es la preescolar, y de la realización de estudios epidemiológicos multi-informantes de depresión y ansiedad en esta población que dé información más certera de la sintomatología y el diagnóstico. Más aún en la estandarización o creación de instrumentos de población infantojuvenil mexicana.

Las pocas investigaciones encontradas son en su mayoría de países como España, Estados Unidos o Brasil, pero, en México no hay investigación de la sintomatología de depresión o ansiedad en población infantojuvenil general, así mismo no existen investigaciones que tengan claras las prevalencias en cuanto al rango de edad, ni

instrumentos de evaluación estandarizados a población mexicana infantojuvenil o artículos que traten de sintomatología específicamente. La mayoría de investigaciones se centran en estudiar la relación de la depresión y ansiedad con otros padecimientos como es la obesidad, la violencia, los tipos de intervención, los factores de riesgo o la discapacidad.

Por lo que, a partir de este recorrido teórico, toma gran importancia realizar investigación en México que dé cuenta de la presencia de depresión y ansiedad en niños y adolescentes expuestos a factores de riesgo como es el entorno violento e inseguro que caracteriza al país (Rizo et al., 2018), y que, genere parámetros que permitan desarrollar programas de prevención apegados a las condiciones y contexto. Ya que una oportuna detección de los síntomas permitirá intervenir y reducir los estragos en un futuro.

Si bien, este trabajo se limitó al conocimiento teórico, se sugiere como parte de la formación y comprensión de estos temas, que los psicólogos empiecen a trabajar con esta población que ha sido descuidada y obtengan la experiencia y conocimientos que pueden compartir y enriquecer la investigación sobre depresión y ansiedad infantojuvenil. Además de la importancia de generar instrumentos de evaluación que consideren otras variables como es el desarrollo emocional de los infantes, los factores ambientales o la personalidad, y no solo se consideren criterios diagnósticos. De igual manera, es importante generar intervenciones en diferentes niveles, a partir de la promoción de la salud y la psicoeducación en los padres y cuidadores para que estos obtengan los conocimientos que les permitan diferenciar los síntomas referentes al desarrollo emocional y los síntomas referentes a la depresión y ansiedad, en un trabajo conjunto entre padres, cuidadores y psicólogos.

Es así, que es necesario como futuros psicólogos y psicólogos ya formados, formular investigación empírica que evidencie la sintomatología en la población infantojuvenil general y que generen mayores conocimientos sobre esta población, para mitigar el impacto de la depresión, ansiedad y su comorbilidad. Ya que

contextos como el actual a causa de la pandemia del COVID-19 demanda mayor atención en la salud mental en esta población.

Como próxima egresada y licenciada en psicología, este trabajo me ha permitido tener una visión más clara de lo que se ha generado en estos temas, y de lo que falta por recorrer, mi preocupación y compromiso crecen al saber que es un campo de estudios pequeño y la demanda de saberes es demasiada. Por lo cual, se espera que este análisis pueda ser la referencia para futuros estudios, teniendo en cuenta los vacíos existentes en el conocimiento de la depresión, la ansiedad y su comorbilidad en población infantojuvenil, para trabajar en lo que hace falta.

Referencias Bibliográficas

- AAP. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Mercado, S., & Solano, D. (2014). Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla. *Tesis Psicológica*, 190 - 201.
- Álvarez, A., Flores, U., Torres, J., Flores, R., Fuentes, C., Reyes, L., González, A. (2020). Ansiedad en presencia de alimentos en escolares de Baja California Sur. *Nutrición Hospitalaria*, 692-697.
- Batlle, S. (s.f.). *Examen Psicométrico: Valoración Psicométrica de Personalidad, Estado de Ánimo y Ansiedad*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., & De las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de psicología*, 131-140.
- Borges, L., Nunes, M., & De Oliveira, L. (2017). Structural Analysis of Depression Indicators Scale-Children and Adolescents (BAID-IJ): A Bifactor-ESEM Approach. *Trends in Psychology*, 545-552.
- Calleja, N. (2011). *Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Caraveo, J., & Martínez, N. (2019). Salud mental infantil: una prioridad a considerar. *Salud Pública de México*, 514-523.

- Cárdenas, E., Fera, M., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes*. México: Instituto Nacional de Pediatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Chen, Y., Zhang, J., & Sun, Y. (2019). The relationship between childhood abuse and depression in a sample of Chinese people who use methamphetamine. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 181-188.
- CIE-11. (16 de mayo de 2021). Clasificación Internacional de Enfermedades. Obtenido de <https://icd.who.int/es>.
- Collazos, D., & Jiménez, A. (2013). Depresión Infantil: Caracterización Teórica. *Revista Gastrohnp*, 15-19.
- DGCS-UNAM. (26 de junio de 2019). *Boletín UNAM-DGCS-445*. Obtenido de Dirección General de Comunicación Social-UNAM: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_455.html.
- Esparza, N., & Rodríguez, M. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 47-64.
- Expansión. (07 de mayo de 2020). 3 de cada 10 mexicanos, con síntomas de ansiedad o depresión por COVID. México.
- Fernandes, M., Borges, B., Ferreira, B., Duarte, L., & Ribeiro, L. (2014). Depressão infantil na ótica dos professores do ensino fundamental. *Journal of Nursing and Health*, 135-142.
- Ferrer, L., Martín, M., Pineda, D., Sandín, B., & Piqueras, J. (2018). Relación de la ansiedad y la depresión en adolescentes con dos mecanismos

Transdiagnósticos: el Perfeccionismo y la Rumiación. *Behavioral Psychology*, 55-74.

Gaeta, L., & Martínez-Otero, V. (2014). La ansiedad en alumnos mexicanos de primaria: variables personales, escolares y familiares. *Revista Iberoamericana de Educación*, 45-58.

Godoy, A., Carrillo, F., Cobos, M., & Quintero, C. (2011). Composición factorial de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). *Psicothema*, 289-294.

Gómez, O., Martín, L., & Ortega, R. (2017). Conflictividad parental, divorcio y ansiedad infantil. *Pensamiento Psicológico*, 67-78.

Goncalves, F., González, V., & Vázquez, J. (2008). *Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad*. España: International Marketing and Communication, S. A.

González, C., Jiménez, C., Ramos, L., & Wagner, F. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 292-299.

González, C., Wagner, F., & Jiménez, A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental*, 13-20.

González, J., Gómez, A., Gómez, C., Álvarez, M., & Álvarez, C. (2017). Asociación entre obesidad y depresión infantil en población escolar de una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán. *Atención Familiar*, 8-12.

GPC. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia*. Actualización. España: Unidad de Asesoramiento Científico-

técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Guancino, L., Guisantes de Salvo, C., & Batista, A. (2020). Prevenção de Ansiedade Infantil a partir do Método Friends. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 519-531.

Gutiérrez, A., Méndez, C., Riveros, A., & Gutiérrez, M. (2021). Intervención cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil. *Psicología y Salud*, 37-49.

Haeussler, I. (2000). Desarrollo emocional del niño. En Martínez Grau y otros, *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Herrera, E. (2012). Elementos conceptuales y tendencias investigativas en la depresión infantil. *Encuentros*, 153-160.

Herskovic, V., & Matamala, M. (2020). Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 183-187.

Huamanttica, R. (2016). Depresión Infantil: Un problema desconocido por la Sociedad Peruana. *Cultura*, 253-259.

INFACOP-ONLINE. (31 de enero de 2019). *El 80% de niños y adolescentes con trastorno de ansiedad no recibe tratamiento, según un informe*. Obtenido de Consejo General de la Psicología de España: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7689

Lagos, N., Vicent, M., González, C., Sanmartín, R., & García, J. (2018). Diferencias en ansiedad escolar en función del sexo y curso académico en una muestra de estudiantes chilenos de educación básica. *Fundación Universidad del Norte*.

- López, M., Mejía, C., & Vargas, M. (2018). *Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo del tabaco, alcohol y otras drogas*. Ciudad de México: Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Márquez, M., Arroyo, E., Granados, A., & Ángeles, A. (2017). Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 477-484.
- Martínez, J., Bolívar, J., Yanez, L., & Rey, C. (2020). Tendencias de la investigación sobre síntomas de trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Medicina U.P.B.*, 24-33.
- Martínez, A., Fernández, C., Navarro, I., & Martínez, M. (16 de mayo de 2021). Guía Clínica. Diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274360/Guia_Trastornos_de_Ansiedad.pdf
- Nogales, A., Rodríguez, H., Cortés, G., Cabrera, I., Esperón, C., Lohman, K., & Peñaloza, E. (16 de mayo de 2018). Guía Clínica. Depresión en Niños y Adolescentes. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud%7Csap/documentos/guias-clinicas-del-hospital-psiquiatrico-infantil-dr-juan-n-navarro>
- Ochando, G., & Peris, S. (2017). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*, 39–46.
- ONU. (14 de mayo de 2014). *La OMS resalta el impacto de la depresión entre niños y adolescentes*. Obtenido de CENTRO DE NOTICIAS ONU: <https://news.un.org/>

- OPS. (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas con la Salud Relacionados con la Salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Ordóñez, A., Espinosa, L., García, L., & Muela, J. (2013). Inhibición Conductual y su Relación con los Trastornos de Ansiedad Infantil. *Terapia Psicológica*, 355-362.
- Orgilés, M., Fernández, I., & Espada, J. (2013). Hábitos y problemas del sueño en niños con sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 173-181.
- Pacheco, P., & Chaskel, R. (s/f). Depresión en niños y adolescentes. *CCAP*, 30-38.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. Ciudad de Mexico: McGrawHill.
- Pérez, J., Rivera, C., Soto, E., & Muñoz, M. (2011). Trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 149 154.
- Polanczyk, G., Salum, G., Sugaya, L., Caye, A., & Rohde, L. (2015). Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 345-365.
- Quintana, L., & Maldonado, E. (2019). Sintomatología de ansiedad en niños y niñas que han sido testigos de violencia en la calle que viven en Ciudad Juárez. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 279-292.

- Ramírez, J., Araiza, P., Martínez, S., Rojas, H., & Pérez, M. (2016). Correlation and agreement between depressive symptoms in children and their parent's perception. *Salud Mental*, 243-248.
- Rapee, R. (2016). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: naturaleza, desarrollo, tratamiento y prevención. En J. Rey, *Libro electrónico de IACAPAP de salud mental en niños y adolescentes*. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes.
- Rendón, L. (2015). Psicoterapia narrativa en un caso de ansiedad infantil. *Ajayu*, 98-115.
- Rizo, L., Guevara, M., Hernández, M., & Sánchez, J. (2018). A preliminary study of the prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and anxiety symptoms in female adolescents maltreatment victims in Mexico. *Salud Mental*, 139-144.
- Romero, K. (2014). La Comorbilidad de Síntomas ansiosos y depresivos en la niñez. Nuevas directrices de investigación. *Revista de Psicología GEPU*, 15-31.
- Romero, K., & Domènech, E. (2012). La comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos en la niñez: ¿un nuevo trastorno? *Hacia la Promoción de la Salud*, 169 - 181.
- Romero, k., Canals, J., Hernández, C., Jané, M., Viñas, F., & Domènech, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 613-618.
- Sánchez, O., Méndez, F., & Garber, J. (2016). Promoting resilience in children with depressive symptoms. *Anales de psicología*, 741-748.

Sánchez, P., & Cohen, D. (2020). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Adolescere*, 16-27.

Sandín, B., Valiente, R., Pineda, D., García, J., & Chorot, P. (2018). Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD): Datos preliminares sobre su estructura factorial y sus propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 163-177.

Sanz, J., & García, M. (2020). Las Ideas Equivocadas sobre la Depresión Infantil y Adolescente y su Tratamiento. *Clínica y Salud*, 55-65.

UNICEF. (15 de marzo de 2021a). *Los estragos que la pandemia de COVID-19 ha causado a los niños del mundo*. Obtenido de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: <https://www.unicef.org/es/coronavirus/estragos-pandemia-covid19-ha-causado-ninos-mundo>

UNICEF. (03 de marzo de 2021b). *Por lo menos 1 de cada 7 niños y jóvenes ha vivido confinado en el hogar durante gran parte del año, lo que supone un riesgo para su salud mental y su bienestar*. Obtenido de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/1-cada-7-ninos-jovenes-ha-vivido-confinado-hogar-durante-gran-parte-ano>

UNICEF-México. (2020). *RESULTADOS DE LA ENCOVID19 Infancia. Acumulado mayo-julio de 2020*. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana, EQUIDE, UNICEF México.

Villalobos, A., De Castro, F., Rojas, R., Allen-Leigh, Allen-Leigh, B., Hubert, C., Lazcano, E. (2017). Child labor and severe functioning difficulties and disability in Mexican children and adolescents 5-17 years of age. *Salud Pública de México*, 380-388.

Vivian da Cunha, R., & Barreyro, J. (2015). Revisión del estado del arte de la depresión, ansiedad y el apoyo social en torno del tema de niños y adolescentes institucionalizados. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 58-73.

Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhag, J., & Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *thelancet*, 945-948.

Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Kaiheng, Z., Qi, L., Jiajia, Z., & Ranran, S. (2020). Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr.*, 898-900.

Anexos

Anexo 1. Características de programas preventivos eficaces

De acuerdo a la propuesta de Sánchez, Méndez, & Garber (2016), las características de programas preventivos eficaces como factores de prevención se muestran en el siguiente cuadro:

Características de programas preventivos eficaces					
Programa	Autores	Población	Objetivos	Procedimientos	Sesiones
Resourceful Adolescent Program – Adolescents (RAP-A)	Shochet, Dadds, Whitefield, Harnett y Osgarby (2001)	Adolescentes 12-15 años	<ul style="list-style-type: none"> Refutar pensamientos desadaptados -Enfrentar adecuadamente los problemas -Promover armonía con padres y compañeros -Evitar conflictos con padres y compañeros 	<ul style="list-style-type: none"> Reestructuración cognitiva -Resolución de problemas -Habilidades de comunicación -Habilidades sociales 	11 sesiones de 40-50 minutos
Peen Resiliency Program (PRP)	Gillham, Jaycox, Reivich, Seligman y Silver (1990)	Niños y Adolescentes 8-15 años	<ul style="list-style-type: none"> Sustituir pesimismo por optimismo -Potenciar toma de decisiones estratégicas -Desarrollar habilidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> -Entrenamiento atribucional -Resolución de problemas -Habilidades sociales 	12 sesiones de 9 minutos
Coping with Strees course (CWSC)	Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn y Seeley (1995)	Adolescentes 13-17 años	<ul style="list-style-type: none"> -Refutar pensamientos desadaptados -Afrontar estados de ánimo negativos -Alcanzar acuerdos con padres y compañeros -Vencer la pasividad -Desarrollar habilidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> Reestructuración cognitiva -Relajación -Resolución de conflictos -Actividades agradables -Habilidades sociales 	15 sesiones de 45 minutos

Problem Solving for Life (PSFL)	Spence, Sheffield y Donovan (2003)	Adolescentes 13-15 años	-Refutar pensamientos desadaptados -Enfrentar adecuadamente los problemas	-Reestructuración cognitiva -Resolución de problemas	8 sesiones de 45-50 minutos
FRIENDS for Life	Barrett, Sonderger y Xenos (2003)	Niños y Adolescentes 4 a 16 años	- Promover las emociones positivas, la gratitud, la inteligencia emocional y la resiliencia - Favorecer un estado de felicidad - Alcanzar resultados positivos con la familia, entorno, escuela y medio ambiente	- Habilidades sociales - Concentración - Confianza - Relajación - Regulación emocional	5 sesiones de 120 a 150 minutos

Fuente: Sánchez-Hernández, Méndez y Garber, 2014; FRIENDS Programs, 2018.