



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Depresión Infantil: Guía para detectarla"

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Claudia Gesabel Paulino Fernández

Directora: Mtra. **Antonia Rentería Rodríguez**

Dictaminadores: Lic. **María Salomé Ángeles Escamilla**

Mtro. **Jorge Luis Salinas Rodríguez**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2013

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad de pertenecer a esta máxima casa de estudios.

A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, especialmente a la carrera de Psicología, por brindarme la oportunidad para realizar mis estudios de licenciatura y de cual siempre he recibido apoyo.

A LA Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) a través del proyecto PAPIME PE302812 por su financiamiento.

A la Maestra Antonia Rentería Rodríguez por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia y paciencia me permitió la realización de este proyecto.

A mis sinodales Lic María Salomé Ángeles Escamilla y Mtro. Jorge Luis Salinas Rodríguez por ser parte de este proyecto, gracias por todo su tiempo.

DEDICATORIA

A mi Papá y mi Mamá quienes que me han acompañado, guiado y cuidado todo este tiempo proporcionándome su apoyo incondicional. Gracias por todas las oportunidades que me han brindado.

A mis hermanos por estar siempre a mi lado, por su compañía, cariño y apoyo incondicional he sido capaz de seguir adelante.

A mis amigos por escucharme, aconsejarme, ayudarme y en muchas ocasiones guiarme.

A mis compañeros y profesores, por ser mi compañía y guía durante estos cuatro años.

ÍNDICE

Introducción	5
1. Depresión Infantil	10
1.1 Breve reseña histórica	10
1.1.1 Teorías	11
1.2 Criterios diagnósticos	23
1.2.1 Criterios según el DSM-IV-TR	24
1.2.2 Criterios según el CIE-X	25
1.3 Prevalencia y comorbilidad	27
1.4 Métodos de evaluación	29
2. Factores de Riesgo	34
2.1 Biológicos	34
2.1.1 Herencia	34
2.1.2 Alteraciones de neurotransmisores	35
2.1.3 El sueño	36
2.2 Psicosociales	37
2.2.1 Presencia de padres depresivos	37
2.2.2 Abuso infantil	38
2.2.3 Dinámica familiar	39
2.2.4 Baja cohesión familiar	41
2.2.5 Pérdidas y fracasos	41
2.2.6 Situaciones estresantes	43
2.2.7 Entorno	43
3. Guía para detectar Depresión en niños	45
4. Conclusiones	52
Bibliografía	54

INTRODUCCIÓN

El término depresión ha sido definido de diversas maneras y ampliamente estudiado a lo largo de los siglos, sin embargo, la depresión en niños no ha sido un tema suficientemente abordado. Se pensaba que ésta no se presentaba antes de la adolescencia, o bien se manifestaba en forma diferente a la de los adultos. La falta de estudio sistemático y la ausencia de criterios diagnósticos contribuyeron a retrasar su estudio. Aproximadamente a fines de 1970 y principios de 1980 comienzan a realizarse los primeros estudios empíricos, siendo esta un área de investigación relativamente nueva (Pedreschi, 2002).

En los últimos años se ha presentado una atención creciente a la depresión en la edad escolar, e incluso, preescolar. Según Reyna (2005) durante un largo período de tiempo la depresión infantil ha pasado por diferentes transformaciones, en un inicio fue intensamente cuestionada o negada, donde los estudios científicos, por algunas cuestiones teóricas, sostenían que la depresión infantil no existía, y, posteriormente se dio una nueva postura, donde algunos clínicos no estuvieron de acuerdo con la ortodoxia de la inexistencia de la depresión infantil, puesto que su experiencia en su práctica clínica mostraba que en el mundo real existían niños deprimidos. Actualmente no existen dudas al respecto sobre si existe o no la depresión infantil.

Sin embargo resulta cierto que la prevalencia de depresión infantil, la proporción de la población que padece la enfermedad, se ha subestimado por muchos años, ya que varía enormemente de acuerdo a la población que se estudia. Existe menos incidencia en infantes de la población general en relación con poblaciones de alto riesgo como son, los descendientes de padres depresivos, y mayor aún es la incidencia entre aquellos niños provenientes de poblaciones psiquiátricas.

La depresión es un problema importante de salud debido tanto a su prevalencia relativamente alta a lo largo de la vida como la importante discapacidad que causa. En 2002 fue responsable del 4,5% de la carga mundial de morbilidad (personas afectadas por este padecimiento) expresada como años de vida ajustados en función de la discapacidad. Es, asimismo, responsable de la proporción mas elevada de la carga atribuible a resultados sanitarios no mortales, y a ella se debe casi el 12% del total mundial de años vividos con discapacidad (Organización Mundial de la Salud); y se estima que 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados (Belló, Puentes, Medina y Lozano, 2005).

En México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con incapacidad, resultando la depresión como la primera causa de atención psiquiátrica en México y la segunda patología más frecuente en psiquiatría infantil, su prevalencia en población general se ha descrito de 0.4% a 2.5% en niños y de 0.4% a 8.3% en adolescentes (Nacional Institute of Mental Health, 2009).

En la actualidad se tiene conocimiento de que la depresión en niños existe, sus manifestaciones sintomáticas son similares a las de los adultos, es recurrente y esta asociada a otras patologías y dificultades interpersonales. Algunos estudios recientes indican que las clasificaciones actuales no definen adecuadamente el trastorno (Pedreschi, 2002). Es necesario profundizar en las investigaciones al respecto para presentar criterios diagnósticos adecuados.

En ocasiones el diagnóstico de la depresión también puede ser un problema en sí mismo. Una de las mayores dificultades que se encuentra en el diagnóstico de la depresión infantil esta en torno a la existencia de esta tristeza patológica, y es que los niños, al contrario de los adultos, no saben expresar esos sentimientos de tristeza, y rara vez se perciben a sí mismos como objeto de diagnóstico y/o tratamiento, por lo que tienen que ser los demás, padres, profesores u otras personas significativas, los que deben detectar a través de sus comportamientos, si han de ser objeto de intervención psicológica. Pero, si bien hay muchos padres y especialistas que ven tristeza en el niño donde no la hay, o interpretan como patológica la tristeza normal, con mucha frecuencia también se encuentran niños patológicamente tristes ignorados por los adultos que los rodean, y que solo se les considera como niños serios y callados (Cabrera, 1996).

Por ello el objetivo del presente trabajo es estudiar las características principales de la depresión infantil y los medios para detectar este padecimiento, ya que la depresión conlleva gran sufrimiento a la persona que la padece y generalmente también a los que viven con ella. Interfiere con el desarrollo normal ocasionando problemas adicionales en el desarrollo de habilidades sociales, académicas e interpersonales, por ello es de vital importancia exponer la manera adecuada de descubrir quienes la padecen.

Dicho objetivo se considera relevante a partir de la reflexión de que, con la aceptación de la existencia de la depresión infantil, las investigaciones se han centrado en el diseño de instrumentos de medición, análisis de riesgo y la comorbilidad con otros trastornos en la infancia, sin embargo, a pesar de ello aún en nuestros días, no existe la sensibilidad y el conocimiento necesario por parte de

los adultos para entender y reconocer los síntomas que se presentan en un estado de depresión infantil.

La depresión se define como un trastorno caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento, a nivel escolar, en el hogar o la comunidad. La condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acciones de las personas (Rodríguez y Ortiz, 2001).

Mientras que la depresión infantil puede definirse, según Rodríguez et. Al. (2001) como una situación afectiva de tristeza mayor que ocurre en un niño; esta alteración se presenta de muchas formas con grados de duración variable.

La depresión puede afectar a niños antes de los seis años. Pero, desgraciadamente, las depresiones suelen pasar desapercibidas a estas edades porque en la etapa preescolar los niños no expresan verbalmente el sufrimiento emocional de un estado depresivo. Los maestros y los mismos padres no piensan en la posibilidad de que estén deprimidos, por lo tanto estos niños no son examinados ni evaluados.

En los niños pequeños antes de entrar a la etapa escolar, la depresión toma una base psicosomática, estos son trastornos de sueño, trastorno de alimentación, crisis de llanto, enuresis, entre otras. En niños mayores, se presenta irritabilidad, alta sensibilidad. Dificultades de contacto, su semblante se muestra triste, en su base somática también presenta enuresis, dolores de cabeza, insomnio, entre otros. El estado depresivo se caracteriza por un síndrome nuclear cuyos componentes principales son la tristeza, la inhibición y el sentimiento de culpa. Hay síntomas adicionales: fatiga, falta de entusiasmo y de energía, retraimiento, etcétera, unidos a trastornos somáticos: insomnio, jaquecas, hipertensión, anorexia. El cuadro opuesto el estado maniaco, presenta una exageración de las manifestaciones pulsionales, con euforia, fuga de ideas, bulimia, excitación psicomotriz, tendencia megalomaniacas, entre otros (Reyna, 2005; Soutullo, 2005; Rodríguez y Ortiz, 2001; Reimundez, 2003; Almirall, 2006).

Asimismo la depresión se caracteriza por una ausencia de motivación, y es acompañado por un cuadro sintomatológico que genera en la persona actitudes de aletargamiento, desidia, desgana que incluso puede llevar, en los casos más graves, a intentos de suicidio (Almirall, 2006). Además, la depresión conlleva gran sufrimiento a quien la padece y a quienes conviven con ella, interfiere con el desarrollo acarreando múltiples problemas, estudios empíricos han demostrado que el riesgo de recurrencia es alto si el primer episodio ocurrió en la niñez o adolescencia, adicionalmente se presenta una alta comorbilidad. Este punto es de

llamar la atención, ya que sugiere que en muchos casos aparece junto a otros trastornos, lo que puede conllevar a un deterioro significativo de diversos aspectos de la vida del niño.

La depresión infantil puede presentarse en cualquier momento del desarrollo del niño, lo que cambia es su sintomatología, de acuerdo a la etapa en que se encuentra. No hay que confundir ciertas sintomatologías de un desarrollo normal, como aquellas similares que se presentan dentro de un cuadro psicopatológico, pues ambas tendrán orígenes o causas distintas, y la prevalencia de estas últimas, rebasaran los límites del tiempo de la normalidad, cuyos criterios generales las sitúan no mayores a dos semanas.

Podemos afirmar que la depresión se inserta en una red de relaciones que la hacen posible, y aunque es difícil hablar de prevención de una enfermedad tan compleja, existen elementos que protegen frente a su aparición y el factor más relevante para el tratamiento de la depresión infantil es la búsqueda de ayuda, de ahí la trascendencia de conocer los síntomas y signos que presenta un estado de depresión en una población (padres de familia, maestros, tutores, entre otros) con el fin de brindar un tratamiento adecuado y oportuno.

Conocer los contextos en los cuales los niños se desarrollan, así como las situaciones a las que se enfrentan, dan indicios de la probabilidad de padecer depresión, teniendo mayor riesgo de sufrirla aquellos que viven con mucha tensión o los que han experimentado una pérdida importante o que tienen desórdenes del aprendizaje o de la conducta. Dos son los factores de riesgo más destacados dentro de la depresión infantil, en primer término está el que tiene a presentarse en determinadas familias, es decir, un determinante heredofamiliar; y en segundo término, la exigencia ante situaciones de vida, es decir, un componente psicosocial, que fundamentalmente afectan la seguridad del individuo.

Detectar los factores de riesgo de la depresión no solo implica una mayor comprensión del trastorno, sino también representa una herramienta útil en la clínica para detectar situaciones familiares potencialmente peligrosas para el niño. Esto posibilita intervenciones previas a que dicho trastorno aparezca (prevención).

El presente trabajo se conforma a partir de cuatro capítulos, en el capítulo primero se definirá qué se entiende por depresión infantil, se expondrá la historia de su estudio; los criterios requeridos para su diagnóstico, comorbilidad con otros trastornos, y el método de evaluación.

En el capítulo segundo, se expondrán los factores de riesgo, específicamente los llamados socio-familiares y económicos, como lo son el maltrato infantil, la baja cohesión familiar, el divorcio entre otros.

En el capítulo tercero se presentara una guía para detectar la depresión en los niños, siendo esta una de la de las principales objetivos de esta investigación, donde se mostrarán los principales lineamientos para que las personas cercanas a los niños cuenten con una herramienta para la detección de dicho padecimiento.

Por ultimo, en el capitulo cuarto se encuentran las conclusiones a las que se ha llegado a través de la revisión del tema.

DEPRESIÓN INFANTIL

1.1 Breve reseña histórica

A pesar de que el tema de la depresión infantil no fue tratado y reconocido hasta la década de los años 70, fue en 1975 cuando la Depresión Infantil fue aceptada por el Institute of Mental Health como concepto y entidad psicopatológica, Alcántara (2008) menciona que existen varias referencias históricas que hacen alusión a la misma, como el libro de Robert Burton sobre la melancolía de 1621; o el de George Baker en 1755 *De affectibus animo et morbis inde oriundis*, tratando más específicamente las causas de la melancolía infantil. Más tarde James Parkinson habla de factores educativos inadecuados como elementos causantes de la melancolía en la infancia; y Wilhelm Griesinger que justifica la existencia de la melancolía y la manía en los niños (Cabrera, 1996).

Hacia la mitad del Siglo XIX aparecen dos importantes textos monográficos sobre psiquiatría infantil, el de Delasiauve en 1852 *Lecons sur la manie infantile*, y el de Charles West en 1854 *Lectures on the diseases of infancy and childhood*, que aunque no hacen una alusión explícita al término de depresión, muchos aspectos evocan las características del cuadro depresivo (Cabrera, 1996).

Sin embargo, las primeras referencias sobre la realidad clínica de la depresión infantil han surgido a partir del primer tercio del Siglo XX con las obras de Augusto Vidal Perera en el año de 1907, con su obra *Compendio de Psiquiatría Infantil*; la de Isidro Martínez Roig en 1911, que describe un caso de depresión melancólica delirante en un niño de diez años; Lafora en 1913, describe un caso de locura maníaco-depresiva e hipertiroidismo; entre otros (Polaino-Lorente, 1988).

Según Polaino (1988) el estudio de la depresión infantil ha sido abordado en cuatro periodos; en el primero de ellos se encuentran referencias al concepto de melancolía, que aunque mayormente explicada para el adulto, hace referencia a su presencia en la infancia. El texto más representativo es Anatomía de la melancolía de Robert Burton en 1621, clérigo aquejado de melancolía, que describió su afección, y aunque las referencias a la infancia son pocas focaliza la valoración de experiencias durante la etapa infantil.

En la segunda etapa, se hace referencia al inicio de la aparición de textos de psiquiatría infantil, monografías sobre la patología mental infantil, y aparecen referencias muy numerosas acerca del suicidio infantil relacionándolo con la depresión, todo ello durante el Siglo XIX. Como parte de estas investigaciones se encuentra la publicación de Parkinson en 1807 titulada *Observations on the excessive indulgence of children*, donde advierte que la melancolía es debida a pautas educativas inconsistentes, la felicidad e infelicidad dependen del trato de los padres hacia el niño y menciona que el temperamento se consolida en las primeras etapas de la infancia. Por su parte Wilhelm en 1845 en *Pathologie and Therapie der Psychischen Krankheiten* dedicó un apartado a la patología infantil, afirmando que enfermedades como la manía y la melancolía se pueden observar también en niños.

La tercera etapa, ubicada en la primera mitad del Siglo XX, el término depresión ha resaltado su importancia dentro de la literatura científica. A principios del siglo el compendio de psiquiatría de Vidal Perera de 1907, en los párrafos dedicados a la melancolía, se pueden encontrar tres aspectos importantes: una visión global de la enfermedad, referencias concretas a la sintomatología del niño melancólico y un señalamiento a una orientación terapéutico-pedagógica.

Y finalmente en la cuarta etapa, Polaino resalta que para finales del Siglo XX y principios del presente siglo se consideran ya relevantes las depresiones dentro de la psiquiatría infantil, se hacen análisis de epidemiología, técnicas de diagnóstico, entre otros.

De todas estas aportaciones se desprenden, sin embargo, actitudes y opiniones muy distintas entre los profesionales respecto a la depresión en la infancia. Todas ellas se encuentran en los principales enfoques vinculados a las distintas escuelas de psicopatología infantil que se han ocupado inicialmente del tema, de las que se explicarán los principales aspectos en el apartado siguiente.

1.1.1 Teorías

La Psicoterapia Infantil se ha visto así enriquecida por las aportaciones conceptuales y metodológicas de diversas orientaciones teóricas, que le han permitido construir un modelo, y así tratar y entender los diversos problemas infantiles como lo es el caso de la depresión Infantil, por ello se hace necesario una revisión de sus fundamentos teóricos porque constituyen los pilares en que se sustenta su acción.

Teorías Psicoanalíticas

En 1911 Karl Abraham sacó a la luz la primera publicación psicoanalítica sobre la melancolía. En ella señalaba que pacientes aquejados con esta enfermedad la búsqueda del amor ésta interferida por fuertes sentimientos de odio, los que se encuentran reprimidos por la incapacidad del sujeto para poder aceptar su hostilidad. Para este autor, la agresión reprimida luego es proyectada en los otros y la percepción del depresivo pasa a ser “los demás no me aman, me odian”.

Menciona los sentimientos de culpa como una consecuencia del conflicto amor-odio, lo que explicaría los autorreproches y el sentimiento asociado a la sensación de empobrecimiento (Abraham, 1911).

En 1916 Abraham publica una segunda contribución al tema de la melancolía, en ésta menciona que la melancolía puede ser comprendida como una regresión a la primera fase del desarrollo psicosexual, la fase oral. Esto significa que la melancolía se asocia a una serie de mecanismos propios de esta etapa del desarrollo. Asimismo señala la importancia que tiene la experiencia de desengaño amoroso, Para desarrollar una predisposición melancólica, el desengaño debe ocurrir antes del periodo edípico, donde la libido aun es narcisista. De aquí se concluyó que la depresión es una consecuencia de una inadecuada actitud materna y no de una rivalidad edípica.

Por otra parte Freud, en 1915 escribe *Duelo y melancolía*, texto que se publica en 1917, en esta obra primero compara la melancolía con el duelo, “La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja del sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones, y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo” (Freud, 1915, p. 242).

Por otra parte Freud también señala que en el duelo el sujeto aparece embargado por un estado de ánimo profundamente doloroso que va acompañado de una pérdida del interés por el mundo exterior en todo aquello que no guarde relación con el objeto amado desaparecido.

La melancolía surge, en ocasiones, como una reacción a la pérdida de un ser querido. Sin embargo, en la mayoría de los casos, su desencadenante lo constituye un desengaño amoroso que incluso puede ser mínimo y todo lo que respecta a la pérdida del objeto queda sustraído de la conciencia. El melancólico puede estar consciente de a quien ha perdido pero no lo que con él ha perdido.

En otro texto (Introducción al narcisismo, de 1914), Freud nos plantea dos posibilidades de elección del objeto amoroso como psicogénesis de la melancolía:

1. Narcisista: el sujeto elige sobre la base de sí mismo, lo que fue o su ideal, es decir, lo que quería ser.
2. Por apuntalamiento: el sujeto elige siguiendo el canon de los objetos primarios (madre, padre o cuidador). La elección aquí puede ser de dos tipos, o a la mujer nutricia o al hombre protector.

En el caso del melancólico se dan elecciones de objeto de tipo narcisista, entonces se ama lo que uno fue y ha perdido aquello que tiene meritos que uno no tiene. El melancólico es un sujeto que ha sufrido una fijación narcisista significativa en el momento en el que se producen los primeros contactos con los objetos, las primeras introyecciones e identificaciones.

Más tarde, frente a un desengaño o cualquier experiencia que introduzca en la relación con el objeto el sentimiento amor-odio el melancólico reaccionará tratando de combatir sus sentimientos hostiles ya que los siente peligrosos para el objeto amoroso, siendo incapaz de exteriorizarlos conscientemente. Toda esa conflictiva permanece en un nivel inconsciente con base en los mecanismos de represión. Sin embargo, la intensidad de los sentimientos hostiles termina por arrasar los sentimientos positivos hacia el objeto llevando al sujeto a experimentar un fuerte sentimiento de pérdida. Por esto intenta recuperar el objeto mediante la introyección y así cumple con el deseo de retener al objeto pero a la vez se satisface el componente sádico agrediendo en el yo. Así el melancólico dirige toda la rabia que antes sentía por el objeto en contra de sí. Los ataques en contra del objeto introyectado pueden llegar, en su grado extremo, al suicidio.

Freud plantea dos posibles salidas para la melancolía, la primera ocurre cuando es descargada toda la cólera, la segunda cuando el objeto es abandonado por considerársele carente de valor y el yo puede sentir la satisfacción de verse superior al objeto perdido.

Ya en 1921, con el libro *Psicología de las masas y análisis del yo* Freud agrega un nuevo concepto, una conciencia moral que llama súper yo.

Entonces observamos que en la melancolía, el ataque ya no proviene de una parte del yo contra el objeto introyectado, sino mas bien proviene de una instancia mas especifica, el ideal del yo, en contra del yo.

Freud también plantea la introyección como mecanismo básico para la gestación de la melancolía y agrega que la incorporación de objetos frustrantes puede ser un aspecto del desarrollo general al ser “como una precipitación de objetos frustrantes” (Arieti y Bemporad, 1981, p. 38).

Freud propone ahora en su teoría definitiva: la melancolía es el resultado de una diferencia extrema entre el ahora *súper yo* y el *yo*, en donde el primero expresa toda su rabia en contra del segundo (Arros y Valenzuela, 2006).

Ahora bien, la pérdida es la estima del yo, y en la teoría psicoanalítica esta instancia psíquica no se adquiere hasta la adolescencia, por ello esta teoría había negado durante un tiempo la posibilidad de que hubiera depresión infantil, porque uno no podría perder lo que todavía no tiene.

Sin embargo, la evidencia clínica ha llevado a los psicoanalistas a reconocer su existencia, y fue Melanie Klein quien explica la melancolía en los niños.

Esta autora plantea que ya desde el nacimiento existe un yo capaz de establecer relaciones de objeto y utilizar mecanismos de defensa. Este yo es desorganizado e inmaduro y se encuentra expuesto a las ansiedades propias del nacimiento y la lactancia que le hacen sentir la amenaza interna de la pulsión de la agresión. Para protegerse de la amenaza que para él implica tolerar estas ansiedades utiliza la deflexión de la pulsión, donde el yo se escinde y proyecta parte de su propia agresión sobre el objeto más importante en ese momento para el bebé; el pecho, y luego la madre o sustituto, dando lugar a un sentimiento de persecución. El monto restante de la pulsión de agresión es contenido por el yo.

Como contrapartida, proyecta un segundo objeto, exagerando sus cualidades y transformándolo en un objeto siempre presente y gratificador. Entonces sucede que el bebé percibe un objeto real externo distorsionado en dos; uno bueno y uno malo. El bebé, al proyectar la agresión hacia afuera puede, por otro lado, introyectar el objeto bueno idealizado, lo que le permite al yo disminuir los niveles de ansiedad.

Klein sugiere que alrededor de los seis meses el bebé percibe un objeto total, experimentando hacia los sentimientos que ahora son contradictorios. Si el bebé pasa correctamente por la etapa anterior tiene cada vez más seguridad en el predominio de sus impulsos y de sus cualidades buenas por sobre malas. Esto lleva a una disminución de la proyección debido a la mayor tolerancia de la pulsión de agresión, decreciendo los temores paranoides.

Surge entonces la ansiedad relacionada con la ambivalencia, que significa el temor a destruir el objeto amado, de quien el bebé reconoce su dependencia total para sobrevivir.

La introyección en esta posición, que coincide con la etapa oral del desarrollo, produce temores a que los impulsos hostiles destruyan el objeto bueno externo y el objeto bueno introyectado, que pasa a constituir el núcleo del yo. El bebé queda expuesto a nuevos sentimientos: el duelo y la nostalgia por el objeto bueno al que se siente muchas veces destruido, sobreviniendo culpa por ello (Klein, 1935).

En su texto *Contribuciones a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos* la autora señala que de acuerdo a Freud y Abraham, el proceso fundamental de la melancolía es la pérdida del objeto amado. La pérdida verdadera de un objeto real, o una situación similar con el mismo significado, da por resultado la instalación del objeto dentro del yo. Debido sin embargo a un exceso de los impulsos agresivos esta introyección se malogra y la consecuencia es la enfermedad” (Klein, 1935, p. 272).

Esta misma autora señala que si predomina la confianza del yo en preservar el objeto bueno interno y la confianza en los objetos externos que son continuamente internalizados, entonces el dolor y el duelo que emergen de la posición depresiva constituyen las bases para la creatividad y la sublimación. De ser así, los impulsos reparatorios se expresarán no solo en la capacidad para amar y ayudar a los demás sino también encontrarán expresión en las capacidades creativas del individuo.

- Teorías Conductuales

Las aproximaciones conductuales al tratamiento de la depresión se caracterizan fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas (Vázquez, Muños y Becoña, 2000). Los tratamientos conductuales de la depresión tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje. El modelo conductual sugiere que la depresión es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas.

Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Vázquez, Muños y Becoña, 2000).

Los modelos iniciales incorporan el planteamiento de Skinner (1953) de que sentimientos como la depresión son subproductos respondientes, fruto de las interacciones conducta-ambiente. Por ejemplo, el no poder conciliar el sueño (que sería un reforzador para el insomne), podría producirle síntomas depresivos.

Los modelos subsecuentes se centran en los aspectos directamente funcionales de la depresión. En particular, estos modelos consideran a la depresión como una consecuencia de la falta de reforzamiento, ya sea en términos de una baja densidad de reforzamiento positivo (Ferster, 1973) o de tasas bajas de reforzamiento positivo contingente a las respuestas.

También se ha conceptualizado la depresión en términos del control aversivo (Ferster, 1973; Grosscup y Lewinshon, 1980, en Pérez, 2007) o en términos de pérdida de contingencias debido al castigo (Selgman, 1975 en Pérez, 2007).

En estos modelos, los déficits conductuales son producto de la privación de reforzamiento o del castigo, a la conducta emocional se le considera como respondiente y otros comportamientos adicionales, como los pensamientos y los sentimientos, se les describe como conductas adjuntivas (inducidas por programa).

Modelos propuestos más tarde, ven a la depresión como un fenómeno operante y como tal, la conducta depresiva es afectada directamente y mantenida por reforzamiento positivo o negativo (Hops, Sherman y Biglan, 1990 en Perez, 2007).

Modelo de Privación de Reforzamiento

La idea de que la falta o reducción del reforzamiento positivo produce depresión ha servido como fundamento para la mayoría de las teorías conductuales sobre este fenómeno. Estas teorías han interpretado la depresión literalmente, enfatizando la reducción en la frecuencia total del comportamiento y en su variabilidad.

De acuerdo con el pensamiento de Skinner (1974), tanto Ferster como Lewinsohn consideran que la depresión es función de tal privación de reforzamiento.

El modelo de privación del reforzamiento para la depresión propone que la reducción en las tasas de reforzamiento producirá una reducción en las tasas de respuesta. Esto es ciertamente el caso cuando los reforzadores se pierden por completo. Tasas muy bajas o comportamiento totalmente extinguido puede ser el resultado de la falta o pérdida del reforzamiento.

Probablemente el ejemplo más común, es la muerte o el divorcio de la esposa, aunque los ejemplos también pueden incluir la pérdida del trabajo, la reubicación en un ambiente nuevo, o la pérdida de actividad cognitiva o física, debida al envejecimiento o a la enfermedad.

No obstante, muchos individuos deprimidos no reportan que una pérdida tal haya precipitado su depresión; en lugar de ello, la acumulación de pequeños y diversos estresores, en el tiempo, resulta un buen predictor de depresión en una gran cantidad de individuos (Pérez, 2007).

Muchas veces no hay una pérdida total de reforzadores. Mas bien, las tasas de reforzamiento se reducen, pero no al punto de la extinción. Es bien sabido que estas situaciones producen conducta resistente a la extinción (Pérez, 2007). Esto podría cuestionar al modelo de privación del reforzamiento. Pero la conducta resistente a la extinción resulta de decrementar las tasas de reforzamiento en los programas de intervalo variable y no en los programas de razón variable.

De hecho, conforme disminuye la probabilidad de reforzamiento en un programa de razón, se alcanza una tasa máxima de respuestas, luego de la cual, se observan interrupciones que suspenden la respuesta y que no son pausas post-reforzamiento. Esto sucede sobretodo si el requisito de razón se incrementa súbitamente. Esta clase de suspensión en la conducta es semejante a la que caracteriza a la extinción y si el requisito de razón se aumenta mucho o el incremento se da muy rápido, para todo propósito práctico, el resultado es el mismo, se suspende la respuesta (Stafford y Branch, 1998 en Pérez, 2007).

Conducta adjuntiva

La privación de reforzamiento fácilmente da cuenta de las pausas en la conducta y de otros déficits conductuales mostrados por las personas deprimidas, especialmente si los reforzadores perdidos o reducidos eran reforzadores generalizados.

Pero esta teoría no explica directamente otros incrementos en la conducta que también se observan, especialmente en la conducta emocional. Estos comportamientos adicionales frecuentemente se han conceptualizado como 'adjuntivos'.

Conforme las tasas de reforzamiento se reducen, se debilita el control de la conducta no-depresiva por parte de estímulos controladores previos y, comportamientos depresivos como el pensamiento negativo y el "sentirse deprimido" se incrementan adjuntivamente.

Por ejemplo, Ferster (1973 en Pérez, 2007) señalaba que una pérdida de reforzamiento podía resultar en mutismo e inactividad, que eran aversivos. Comportamientos depresivos tales como quejarse, hacer anotaciones, pasearse caminando de ida y vuelta, así como el discurso compulsivo, pueden ser evocados, funcionando para encubrir (equilibrar) estas condiciones aversivas.

Así pues, conforme la disponibilidad de reforzamiento positivo disminuye, los reforzadores negativos asumen el control.

Si tienen suficiente fuerza, las contingencias adjuntivas pueden prevalecer por encima de las contingencias iniciales y hacer a la conducta adjuntiva prepotente aún durante momentos previamente controlados por el programa primario. En tal caso, la persona puede volverse crónicamente deprimida.

El papel de la Conducta gobernada por Reglas en la Depresión

Skinner (1953) se refirió a las reglas como estímulos discriminativos (tactos) que especifican contingencias conducta-consecuencia y que funcionan como antecedentes para la conducta operante.

La habilidad de los organismos para generar reglas se aprende mediante una historia de reforzamiento social por seguir las reglas. Las reglas pueden disminuir el tiempo que se necesita para esclarecer las contingencias, en comparación con las experiencias directas basadas en el ensayo y el error (Skinner, 1974).

Así pues, es mediante las reglas que ocurre la extensión temporal, del presente al futuro (Skinner, 1974).

Tanto la falta de conducta gobernada por reglas, como el exceso de esta, han sido proposiciones tendientes a explicar la depresión.

Reigler & Baer (en Pérez, 2007) nos explican el desarrollo normal que sigue la conducta gobernada por reglas. En su manera de ver, en un principio el niño aprende a responder ante las instrucciones de sus padres, para ser obediente. Estas instrucciones verbales sirven como estímulos discriminativos que señalan consecuencias para el niño, que provienen tanto de la situación directamente, como indirectamente mediante contingencias colaterales implantadas por los padres (Castilla del Pino, 1966).

Después de múltiples experiencias en el entrenamiento para ser obediente, el niño desarrolla una obediencia generalizada. Cuando ocurre esto, el niño empieza a generar sus propias reglas e instrucciones, imitando las reglas que recibió modeladas por los adultos. Adicionalmente, el niño empieza a discriminar su conducta y la de otros, respecto a las consecuencias que reciben. Por ejemplo, el niño puede decir: "Si le pego a mi hermano, mi mamá me castigará".

El uso de las auto-instrucciones ahora puede generalizarse a situaciones nuevas.

Goldiamond (1976 en Pérez 2007) parte del desarrollo de la conducta gobernada por reglas, al considerarla como la base del auto-control. Así, una persona que falla en su desarrollo de conducta gobernada por reglas y auto-instrucciones generalizadas, puede verse controlado por contingencias inmediatas, a costo de visualizar las cosas a largo plazo y tomar en cuenta recompensas demoradas.

Este modelo de conducta gobernada por reglas predice que los individuos deprimidos, pueden tener problemas para supervisarse ellos mismos, para formular sus propias reglas en situaciones específicas y debilidad por las recompensas inmediatas, en detrimento de las de largo plazo.

Por ejemplo, una persona puede deprimirse por seguir vinculándose (repetitivamente) con parejas inapropiadas. Disfruta al principio de su conversación, pero cuando las cosas se ponen serias, la pareja se muestra problemática y la relación acaba por terminarse.

Así es pues, que este modelo sugiere que las personas relativamente normales pueden volverse depresivas, si frecuentemente se encuentran en situaciones donde no están seguras de obtener lo que desean y en caso de hacerlo tienen que esperar mucho tiempo para ello.

De acuerdo con esta forma de ver, Rehm (1979, en Pérez 2007) ha presentado considerable evidencia para sustentar la noción de que los déficits en la conducta gobernada por reglas se presenta en muchos individuos deprimidos y ha

desarrollado un programa de auto-manejo terapéutico encaminado a mejorar la auto-supervisión, la auto-evaluación y la auto-recompensa.

- Teorías Cognitivas

Estas teorías indican que la manera cómo se piensa es una razón importante para el desarrollo y el mantenimiento de la depresión. Varios investigadores y clínicos como Beck, Ellis y Burns han hecho importantes contribuciones en este campo.

La investigación sobre los procesos cognitivos implicados en la depresión, ha planteado cierto número de “estilos o patrones cognitivos” que se supone son factores de vulnerabilidad frente al estrés y que, dadas ciertas condiciones, pueden desencadenar episodios depresivos. Así mismo, estos modelos han enfatizado el rol de las creencias maladaptativas, de los estilos inferenciales o de los sesgos en el procesamiento de la información como factores de vulnerabilidad que incrementan el riesgo para experimentar depresión cuando las personas enfrentan eventos de su vida estresantes (Lizando, Montes y Jurado, 2005).

Existe evidencia que sugiere que los estilos cognitivos negativos y los sesgos en el procesamiento de información incrementan el riesgo para la depresión, y el caso de los niños no es ajeno a estas influencias.

Estudios de esta orientación teórica han informado de un pensamiento sesgado con propensión a seleccionar los acontecimientos negativos del entorno y desatender los positivos “ve el vaso medio vacío” en lugar de “medio lleno”.

Esta actitud focaliza la atención en aquello que alimenta la depresión. Lo mismo ocurre en otros procesos mentales como la memoria. De este modo, los individuos depresivos recuerdan con más facilidad las cosas negativas y olvidan las positivas. Esto es la consecuencia lógica de la distorsión de los procesos de los que se ha hablado.

Esquemas cognitivos y depresión

En la génesis de la depresión, los conceptos ya sean reales o irreales, provienen de la experiencia de cada individuo, de las opiniones de otros y de la identificación de los roles sociales.

Según Freeman y Beck (1995), se debe tomar en cuenta la interacción naturaleza, crianza, los individuos sensibles al rechazo, al abandono o a la frustración suelen desarrollar miedos y creencias intensas sobre el significado catastrófico de esos hechos.

Un paciente predispuesto a reacciones en exceso a los rechazos más comunes de la niñez, puede desarrollar una autoestima negativa, esa imagen queda reforzada si el rechazo es fuerte.

Una vez formado el concepto, este influye en los juicios posteriores. Así nuestra percepción errónea, evaluación e interpretación de las situaciones puede determinar depresión.

En la depresión, la relación entre cognición y depresión, está en relación directa con las creencias de pérdida o derrota. Beck (1983), considera que las personas deprimidas tienden a comportarse con otras, auto-evaluándose negativamente, estos patrones de pensamiento (esquemas: contienen información sobre situaciones específicas, seleccionan estrategias para lograr más información y solucionar problemas) tienen en los siguientes, las más destacadas características:

- Suposiciones o creencias inflexibles.
- Son resultantes de experiencias pasadas.
- Son la base para percibir, discriminar, evaluar los estímulos
- Realizan juicios y distorsionan la experiencia real.

La Triada Cognitiva de la Depresión

Beck (1983) identifican tres procesos que explican la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. La triada cognitiva plantea que es central con relación a cómo una persona se percibe a sí mismo, a su ambiente y a su futuro.

La triada consiste en:

1. Consideración negativa de sí mismo, que ocasiona baja autoestima y autoconcepto.

2. Consideraciones negativas del entorno, interpreta erróneamente las situaciones externas.

3. Consideraciones negativas del futuro, se anticipa que los acontecimientos saldrán negativamente (desesperanza)

El modelo de depresión de Beck defiende la existencia de la triada cognitiva negativa. Ello hace referencia a que la persona que sufre el trastorno tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo en que se mueve y del futuro (pensamientos del tipo: "soy un desastre, mis amigos me rechazan, nunca podré ser feliz").

El niño o joven con depresión, no discute ni se plantea la validez de sus pensamientos pese a que existan evidencias objetivas que los cuestionen. Al mismo tiempo tampoco se percata de los errores lógicos que comete sistemáticamente. Sibelman y Aguado (2005) nos proporcionan algunos ejemplos de estos errores:

1. Inferencia arbitraria:

Se extraen conclusiones precipitadas sin disponer de información suficiente o de datos en contra.

Ejemplo: Un adolescente cree que no le cae bien a un compañero pese a que lo invita cada fin de semana para salir.

2. Abstracción selectiva:

Focalización en detalles concretos de las situaciones fuera de contexto o irrelevantes al tiempo que se omite la información relevante. Es como si la persona que sufriera el trastorno filtrara la información con un filtro que sólo captaría aquella información que fuera coherente con sus creencias erróneas (pensamientos negativos).

Ejemplo: Un niño es felicitado por su profesor por haber sacado una buena calificación en una asignatura difícil. El profesor añade que si se esfuerza más sus resultados pueden ser aún mejores. El niño no toma como un halago las palabras del profesor sino como la confirmación de que es un desastre y que no se ha esforzado lo suficiente.

3. Magnificación y minimización:

Consiste en maximizar los errores o sobrestimar las dificultades infravalorando los propios aciertos o habilidades.

Ejemplo: Un niño ha sido elegido por sus compañeros como jefe de grupo, pero él resta valor a este reconocimiento alegando que "no tiene mérito dado que no había más candidatos".

4. Sobregeneralización:

Se trata de elaborar conclusiones generales a partir de hechos particulares.

Ejemplo: Una niña puede rechazar la invitación de un niño a bailar y éste piensa que nunca van a querer bailar con él o que será sumamente difícil.

5. Personalización:

Se asume la responsabilidad de los eventos negativos externos sin base objetiva para dicha atribución.

Ejemplo: Un niño que se culpa como responsable de la separación de sus padres cuando los motivos han sido otros.

6. Pensamiento dicotómico:

Categorización de la experiencia en categorías opuestas, situándose el niño en el polo negativo.

Ejemplo: El niño piensa que su comportamiento es ejemplar o que es un desastre, sin existir los términos medios.

1.2 Criterios diagnósticos

La clasificación propuesta en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002) considera para niños y adultos los mismos criterios diagnósticos, salvo dos características que lo diferencian: (a) la aceptación de que, en niños y adolescentes, la irritabilidad puede remplazar el estado de ánimo depresivo; y (b) que los niños o adolescentes no solo subirán o bajarán de peso; sino que, al estar en proceso de crecimiento, se considera que la inapetencia y la falta de un peso adecuado para su edad es un indicador importante a tomar en cuenta.

Los autores del CIE-10 (Organización Mundial de la salud [OMS], 2007) no reconocen ningún criterio específico en función de la edad. Sin embargo, los criterios diagnósticos del CIE-10 se diferencia del DSM-IV-TR, pues consideran que la pérdida de la autoestima es un síntoma separado del criterio de sentimiento inapropiado de inutilidad y culpa excesivas e inapropiadas; así como también, se diferencian en el número de síntomas utilizados para los criterios diagnósticos, por lo menos seis aparte de los síntomas generales (Ramírez, 2009).

1.2.1 Criterios según el DSM-IV_TR

El DSM-IV-TR utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y uno de ellos debe ser un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.

Criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según DSM-IV-TR
<p>A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un periodo de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresión la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. 2. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. 3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. 6. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). 7. Menos capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). 8. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico. <p>B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.</p>
<p>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.</p>
<p>D. Los síntomas no obedecen a los afectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (hipertiroidismo).</p>
<p>E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por</p>

mas de dos meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Tabla 1. Tomada de la Guía práctica sobre la depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia.

1.2.2 Criterios según el CIE-X

La CIE-X utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, cuando la duración del episodio sea de al menos dos semanas. Existe una clasificación multiaxial de los trastornos mentales y del comportamiento para niños y adolescentes, basada en la CIE-X. Esta clasificación se organiza en seis ejes: los cinco primeros son categorías que aparecen en la CIE-X, aunque estructurados de forma diferente y en ocasiones se describen con más detalle. El sexto eje evalúa de forma global la discapacidad y no está incluido en la CIE-X. Sin embargo, su inclusión en esta clasificación se debe a que la evaluación de la discapacidad ha sido reconocida por la OMS como fundamental.

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE - 10
A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos" tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endomorfos. <ul style="list-style-type: none"> – Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. – Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. – Despertarse por la mañana dos o mas horas antes de la hora habitual. – Empeoramiento matutino del humor depresivo. – Presencia de enlentecimiento motor o agitación. – Pérdida marcada de apetito. – Pérdida de peso de al menos 5% en el ultimo mes. – Notable disminución del interés sexual.

Tabla 2. Tomada de la Guía práctica sobre la depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia.

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10. Presentación sintomática según la edad.	
A. Criterios generales para episodio depresivo	
<ul style="list-style-type: none"> – El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. – El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. 	
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:	
Adultos	Niños y Adolescentes
Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y persiste durante al menos dos semanas.	El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno del ánimo puede ser similar a los adultos.
Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.	La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.
Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.	La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.
C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:	
Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.	Similar a los adultos.
Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.	Los niños pueden presentar auto-desvaloración. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.
Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.	Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc).
Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.	Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.
Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.	Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.
Alteraciones del sueño de cualquier tipo.	Similar al de los adultos.
Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.	Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.
D. Puede haber o no síndrome somático.	Los síntomas físicos, como las quejas somáticas son particularmente frecuentes en niños.

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente esta apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de al menos 6 síntomas. La persona con un episodio depresivo moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo.

Tabla 3. Tomada de la Guía práctica sobre la depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia.

Es importante recordar que la depresión infantil es un cuadro complejo y de conocimiento relativamente reciente, así que hay que considerar que rara vez se presentara igual que el aspecto clásico del adulto, sino que se expresa de manera más diversa, lo cual implica un obstáculo para su diagnóstico y tratamiento.

1.3 Prevalencia y comorbilidad

La Organización Mundial de la Salud ha categorizado la depresión entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares. (Greden, 2001).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que es representativa de la población nacional urbana, de entre 18 a 65 años de edad, efectuándose en México, en los años 2001 y 2002, obtuvo como resultados relevantes que el 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez); el primero persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses), durante los cuales no reciben tratamiento (Belló, Puentes, Medina y Lozano, 2005).

En un estudio realizado en España con 404 niños se encontró que los trastornos depresivos eran el segundo diagnóstico más frecuente (tras los trastornos de conducta) con un 14,6% de los casos que demandaron atención (Alonso, 1994).

Así mismo estudios realizados en Estados Unidos han observado una prevalencia del 0,3% entre preescolares de la población general y entre el 0,5% y el 2% en niños y niñas de entre nueve y once años. Por su parte, otros autores observan una prevalencia de depresión en niños del 0,4-2,5% y del 5-8,3% entre adolescentes (Guía de practica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia, 2009).

Además se sabe que la depresión es dos veces más frecuente en las mujeres por razones que no han sido aún aclaradas, aunque se ha observado que esto cambia desde la adolescencia, antes de esta etapa la prevalencia es similar entre niños y niñas, algunos estudios indican que el momento en que aparecen estas diferencias entre sexos es entre los 12 y 18 años de edad (Aburto, 2008; Reimundez, 2003; y Rodríguez y Ortíz, 2001).

Varios autores no consideran que el bajo nivel socioeconómico se asocie significativamente con la depresión (Rodríguez y Ortiz, 2001; Shaffer, 2003;) . Sin embargo, otros observan que los niños de bajo entorno socioeconómico tienen un riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida dos veces superior a aquellos niños pertenecientes a un elevado entorno socioeconómico, independientemente de otros factores sociodemográficos o de historia familiar de enfermedad mental (Marcelli, 1992).

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (en Guía de practica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia, 2009) es un problema de salud pública, con morbilidad comparable a enfermedad coronaria avanzada y mayor que la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis.

Es una enfermedad sub-diagnosticada y sub- tratada. Estudios recientes han sugerido que un 70% de las personas depresivas no reciben tratamiento, la mitad nunca buscan ayuda y sólo un 20 - 25% son diagnosticados y tratados, pero de estos menos del 10% reciben tratamiento adecuado. (Greden 2002 en Manual de integral a la Depresión y el Suicidio en adolescentes, 2005).

Por otra parte estudios clínicos y epidemiológicos muestran que el 40-90% de los niños y adolescentes con depresión tienen trastornos mentales asociados, y al menos entre el 20-50% han sido diagnosticados de dos o más patologías (Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia, 2009).

Según algunos autores (Aburto, 2008; y Reimundez, 2003) los diagnósticos comórbidos más frecuentes son el trastorno distímico y el de ansiedad (ambos entre un 30 y un 80%), abuso de sustancias (20-30%) y trastornos de conducta

(10-20%). Y a excepción del abuso de sustancias, el trastorno depresivo mayor es más probable que ocurra después del comienzo de otros trastornos.

La comorbilidad tiene una alta trascendencia en cuanto al pronóstico clínico, puesto que implican una peor respuesta a los tratamientos, mayor persistencia sintomática, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad, y por otra parte también conllevan un alto coste social (disminución del rendimiento laboral y mayor uso de recursos).

No obstante, se debe tener en cuenta que el análisis de la comorbilidad de los trastornos afectivos con otros trastornos mentales es complejo tanto por su alta frecuencia como por la existencia de diferentes cuadros sintomáticos expuestos al mismo tiempo, por la variabilidad de los criterios diagnósticos, las diferencias metodológicas aplicadas y la escasez de estudios longitudinales.

1.4 Métodos de evaluación

La evaluación de la depresión infantil puede tener una finalidad diagnóstica, cuando el objetivo es comprobar la presencia o ausencia de unos criterios diagnósticos, o bien puede realizarse con la finalidad de cuantificar la frecuencia o gravedad de los síntomas.

La evaluación de la depresión mayor en la infancia y adolescencia, aunque comparte los objetivos de cualquier evaluación en salud mental, tiene algunas características especiales. Así, es importante tener en cuenta que los síntomas depresivos se expresan en los niños de forma diferente que en los adultos, dependerá en gran medida de la edad cronológica, y además del desarrollo cognitivo y lingüístico, es decir, a la capacidad de reconocer y comunicar emociones y pensamientos. De tal forma que la sintomatología depresiva en la edad escolar es más fácil de detectar que en la etapa preescolar, entre otras razones porque los niños a medida que crecen describen mejor gracias a un lenguaje más desarrollado y a una conciencia más desenvuelta de sí mismo.

La valorización inicia con una entrevista a los padres o tutores, más tarde procede con una intervención individual. En la entrevista con los padres éstos proporcionan los datos e historia clínica del niño, antecedentes familiares y sus síntomas actuales, completándolo con la aplicación de pruebas psicológicas a éstos que se estime necesarias.

Existen diferentes instrumentos para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes, fundamentalmente, cuestionarios, autoinformes y entrevistas con diferente grado de estructuración. El instrumento de evaluación que se elegirá, dependerá fundamentalmente del objetivo de ella.

Algunos instrumentos de evaluación son más generales y otros más específicos, y algunos presentan versiones reducidas para disminuir el tiempo empleado en su realización e incluso pueden ser empleados en diferentes ámbitos, no solo en el ámbito clínico.

Cuestionarios de depresión

Uno de los métodos de evaluación más empleados son los cuestionarios. Son instrumentos cuyo objetivo es realizar un registro de los sentimientos e ideas recientes, así como hacer un repaso, más o menos exhaustivo, sobre las distintas áreas/dimensiones que pueden estar afectadas: afectiva, conductual y/o fisiológica.

Los cuestionarios de evaluación de la depresión tienen diferentes utilidades: cuantificar la intensidad de la sintomatología, establecimiento de áreas conductuales problemáticas, detección de cambios sintomatológicos, y cualificar el tipo de trastorno.

Instrumentos basados en entrevistas

Las entrevistas clínicas varían de acuerdo con el grupo de edad al que van dirigidas, y según su formato pueden ser entrevistas semiestructuradas o estructuradas. Actualmente son muy empleadas, ya que tienen la ventaja de que permiten la homogeneización de los datos.

La mayor parte de ellas se fundamentan en alguno de los sistemas diagnósticos y en líneas generales ofrecen al clínico una guía para preguntar y registrar la información obtenida, lo que permite establecer un diagnóstico y estudiar la comorbilidad. Estas entrevistas requieren de entrenamiento para su utilización y deben ser empleadas por especialistas en salud mental.

Cuestionarios utilizados para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes.				
Nombre/autor, año	Edad (años)	N° de ítems	Características	Adaptación y validación al español
Children's Depression Inventory (CDI) Kovacs, 1992.	7-17	27 (larga) 10 (breve)	-Versión modificada del BDI para su uso en niños y adolescentes. -La mayor parte de los ítems miden aspectos cognitivos, no mide aspectos biológicos ni conductuales. -Con diferentes puntos de corte según su finalidad (cribado o ayuda al diagnóstico).	-Versión corta: Del Barrio et al. (2002) -Versión larga: Frías et al. (1991)
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)/Reynolds, 1989.	13-17	30	-Presenta un elevado porcentaje de falsos positivos (30%) al punto de corte de la depresión. -No es particularmente efectivo detectando cambios.	Del Barrio et al (1994).
Reynolds Child Depression Scale (RADS)/Reynolds, 1989.	9-12	300	-Versión similar al RADS para su uso en niños. -En general peores cualidades psicométricas que el RADS.	Del Barrio et al (1996).
Beck Depression Inventory-2 nd ed(BDI-II)/Beck et al. 1996.	13-18	21	-Forma más reciente, próxima al DSM-IV, diseñada para hacerse en 10 min. -Diferencia de forma precisa adolescentes que pueden sufrir depresión de aquellos con una probabilidad más baja.	Saenz et al. (2005)
Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)/Le Blanc et al, 2002.	6-18	16 (larga) 6 (breve)	-Buena fiabilidad y validez. -La versión corta podría ser efectiva para descartar la depresión en muestras comunitarias y ha obtenido mejores resultados que el BDI.	Sin datos
Patient Health Questionnaire-Adolescent version (PHQ-A)/Johnson	13-18	83	-Cuestionarios PHQ basados en el DSM-IV -Diseñado para su utilización en atención primaria.	Sin datos

et el., 2002.			-Incluye items sobre depresion y otros trastornos frecuentes de la adolescencia.	
Esacala para la evaluacion de la depression para maestros (EDSM)/Domenech y Polaino, 1990.	8-12	16	-Los ítems se refieren a depresion, alegría y popularidad. -Sus autores han obtenido cuatro factores : rendimiento, interaccion social, depresion inhibida y depresion ansiosa. -Los puntos de corte varian según la edad.	Elaborada para poblacion española.
Pedriatic Symptom Checklist (PSC)/Jellinek et al., 1979.	3-16	35	-Version para padres y adolescentes. -Ventajas: brevedad y capacidad de cribar diferentes aspectos psicosociales y del comportamiento. -No diseñada para identificar enfermedades mentales especificas.	Sin datos.

Tabla 4. Recopilación de algunos Cuestionarios utilizados para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes.

Entrevistas estructuradas y semiestructuradas utilizadas en la depresión de niños y adolescentes				
Nombre/autor, año	Edad (años)	Tiempo (horas)	Características	Adaptación y validación al castellano
Kiddie Shedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K_SADS)/Kaufman et al., 1997	6-18	1,5-3	-Semiestructurada. -Procedimiento fiable y valido para la evaluacion diagnostic de la depression. -Consume mucho tiempo.	Ulloa et al, (2006)
Diagnostic interview Schedule for children (DISC)/Costello et al., 1985.	6-17	1-2	-Estructurada -Ventaja: puede ser realizada por personal no sanitario con breve entrenamiento.	Bravo et al. (2001)
Diagnostic intreview for childrens andadolescents- Revised (DICA-R)/Herjanic y Reich, 1991	6-18	1-2	-Estructurada -Version para padres e hijos -Buena validez para adolescentes	Ezpeleta et al. (1995)

Tabla 4. Se muestran entrevistas utilizadas para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes.

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso, estos no son necesariamente las causas, sino que se asocian con el evento y que pueden usarse para la prevención. La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre si y pueden tener un efecto acumulativo.

De esta forma, la depresión infantil se debe a la interacción diversos factores biológicos y psicosociales.

2.1 Biológicos

2.1.1 Herencia

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar.

La presencia de padres depresivos, especialmente la depresión en la madre, es un factor de riesgo para la depresión en niños, o bien para padecer dicho trastorno en la adolescencia o adultez. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad.

Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad.

Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

2.1.2 Alteraciones de neurotransmisores

Existe evidencia de que niveles de anormales de la serotonina, norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiología de la depresión.

Serotonina

La serotonina ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo de sueño vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafé, principalmente en el noveno núcleo del rafé, que se localiza encordado entre la línea media del puente y el lóbulo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral.

La serotonina es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA). El LNAA también mueve otros aminoácidos: tirosina, valina, leucina e isoleucina a través de la barrera hematoencefálica. El triptófano debe competir con estos otros aminoácidos para el transporte en el cerebro. Por lo tanto, la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de otros aminoácidos en el cuerpo. Ya dentro de la neurona, se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina.

Noradrenalina

El *Locus Coeruleus* (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. El locus coeruleus, estructura que forma parte de la formación reticular, posee actividad tónica como marcapaso. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir.

La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar la actividad de la noradrenalina en la sinapsis.

Dopamina

La dopamina es una catecolamina que se genera por las neuronas pigmentadas en la par compacta del locus niger; y en neuronas de la parte ventral del segmento mesencefálico; de aquí de origina la vía que existe entre la sustancia nigra y el cuerpo estriado (vía nigroestriada), la vía que va del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el nucleus accumbens del sistema límbico y a la corteza prefrontal (vía mesolímbico-cortical). Una tercera vía dopaminérgica se origina de neuronas del túbulo de la hipófisis a la adenohipófisis (vía tuberohipofisaria), aunque esta última solamente participa en la síntesis de prolactina.

La dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio. Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía que para la noradrenalina.

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. Estas tres sustancias son sin duda fundamentales para un funcionamiento normal del cerebro; por esta razón dichos neurotransmisores han sido el centro de estudios neurocientíficos durante muchos años.

2.1.3 El sueño

La alteración o irregularidad de los patrones del sueño y su fisiología han sido estudiados de distinta forma: como precursor, marcador biológico, síntoma o consecuencia de los problemas de estado de ánimo deprimido en jóvenes y niños. Los resultados de las mismas sugieren que una falta del sueño fisiológicamente necesario puede conducir a alteraciones del estado de ánimo y del rendimiento ejecutivo en jóvenes y niños (Shaffer, 2003).

2.2 Psicosociales

La investigación reciente sobre los acontecimientos vitales y el comportamiento de éstos como potentes factores estresantes (sobre todo en edades tempranas de la vida, en que el niño es mucho más vulnerable a su acción) han hecho que hoy en día se les atribuya, en algunos casos una importante función depresógena sobre el comportamiento infantil. Es decir, la aparición de un acontecimiento o evento estresante puede descompensar la conducta infantil, favoreciendo la emergencia de pensamientos y sentimientos depresivos en el niño.

2.2.1 Presencia de padres depresivos

La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia. Los niños de padres depresivos tienen mayor riesgo para desarrollar algún tipo de psicopatología. Estos niños son de dos a cinco veces más propensos a desarrollar problemas de conducta que los niños de padres sin este trastorno (Del Barrio, 2003). Los hijos de padres depresivos tienen riesgo específico a desarrollar depresión, como también mayor riesgo de desarrollar otros problemas (Almirall, 2006).

A un niño puede afectarle la depresión de ambos padres; sin embargo múltiples estudios aseguran que la depresión materna tiene mayor impacto que la paterna (Del Barrio, 2007; Manual de atención integral a la depresión y el suicidio en adolescentes, 2005).

Mark Cummings y Patrick T. Davies (1994) postulan que no es el diagnóstico mismo de la madre lo que contribuye como factor de riesgo para psicopatología en el niño, si no la interacción madre depresiva e hijo, lo que también compromete a las demás interacciones dentro de las diferentes relaciones entre los miembros de la familia (holón conyugal y parental).

Durante los episodios depresivos, los padres con depresión pueden sentirse malhumorados, emocionalmente lábiles, desapegados, tener dificultades para satisfacer al niño y una capacidad insuficiente para controlar y atender las necesidades emocionales y físicas básicas de sus hijos. Hay diversos datos que indican que los padres y/o la madre que padecen depresión tienen más interacciones conflictivas y disfuncionales entre ellos y con sus hijos. Los padres depresivos son más negativos, intolerantes e intrusivos con sus niños cuando son comparados con padres sin psicopatología presente y con padres enfermos médicamente (Fiedk, 1990, Gordon, 1989, Tronick, 1989, Zajicek y DeSalis, 1979 en Predeschi, 2002).

Las madres depresivas son más críticas, tienden a culpar a sus niños y son más abusivas psicológicamente que las madres no depresivas (Burbach y Borduin, 1986, Panaccione y Waheler, 1986, Webster-Stratton y Hammond, 1988 en Pedreschi, 2002).

Los conflictos conyugales son más frecuentes en los matrimonios con un progenitor depresivo. Los niños suelen estar expuestos a conflictos interparentales en mayor medida que los niños provenientes de hogares con padres sin ninguna psicopatología (Cummings y Davies, 1994).

Es importante ver como se expresa el conflicto y si este se resuelve o no. En dichas familias prevalecen las expresiones de enojo no verbales, en lugar de la expresión directa y apropiada del enojo. Por las mismas características de la depresión, la pareja tiende a no resolver apropiadamente los conflictos, lo cual podría producir emociones negativas en los niños. Cumming (1991 en Pedreschi, 2002) encontró en un estudio que los conflictos no resueltos promueven enojo en los niños, en cambio los conflictos resueltos amortigua el impacto deteriorante en la emocionalidad y en la conducta del niño.

Los padres deprimidos pueden, además, ser modelo de patrones de pensamiento llenos de errores cognitivos, distorsiones, negatividad y otros componentes, modelos que pueden transmitir a sus hijos con estilos cognitivos depresógenos. Además, los padres expresan de manera notoria sus emociones pueden predisponer a los niños a desarrollar una enfermedad depresiva, posiblemente a través de correlatos de desesperanza aprendida ante apreciaciones negativas (Shaffer, 2003).

Además, una historia familiar (no solo padres) de depresión duplica o triplica el riesgo de padecer una depresión a lo largo de la vida. En particular, individuos con historia de depresión, alcoholismo, sociópata en familiares de primer grado, ya sea en combinación o solo aumentan el riesgo de desarrollar una depresión clínica unipolar (De la Fuente, 2006).

2.2.2 Abuso Infantil

El sufrimiento de abusos físicos, psicológicos, abuso sexual, negligencia o grave descuido durante la infancia se ha relacionado con un incremento del riesgo de padecer depresión. Se ha manifestado que el abuso emocional y físico continuo en niños se ha postulado como fuente de estilo de atribuciones negativas que se desarrollan en individuos con riesgo de sufrir depresión; por parte, estos abusos

podrían constituir un correlato humano en inducción del estado de desesperanza aprendida en los niños expuestos.

Entre los efectos a corto y mediano plazo del abuso sexual se encuentra una preocupación desmedida por la sexualidad, que se traduce frecuentemente en explorar activamente partes de su propio cuerpo como el de otros niños. El abuso puede crear confusión y ansiedad alrededor de la identidad de género y disturbios conductuales. En los varones son más comunes las conductas agresivas mientras que las niñas manifiestan pensamientos y actividades suicidas, ambos manifiestan más tristeza, dolores de estómago, miedos y problemas al dormir que los niños no abusados (Martinez, 1997).

Se ha observado una estrecha relación entre el abuso sexual y el trastorno por estrés postraumático. Los trastornos disociativos, los cuales tienen en común alteraciones marcadas en la identidad, consciencia y memoria del sujeto, han sido relacionados con experiencias de abuso.

Es abuso también ha sido relacionado con trastornos afectivos. Estos niños desarrollan estados de ánimo depresivo, expresando sentimientos de desvalimiento y desesperanza.

En el caso del maltrato físico y abuso, la violencia que se ejerce se define como existencialmente superior al otro. En la víctima, su sentimiento de identidad es afectado, su autoestima quebrada, existen sentimientos de culpa y deuda respecto de quien castiga (Reynaldo Perrone y Martine Nannini, 1997).

En este tipo de relación, el niño se encuentra atrapado en una trama de la cual no puede salir, es objeto de maltrato y violencia ejercidos arbitrariamente por otros.

2.2.3 Dinámica Familiar

Múltiples autores han indicado la importancia del papel de familia, puesto que es el entorno más inmediato del niño, y como es fundamental en su constitución de sus hábitos, estilo de vida y en la configuración de su personalidad.

Ahora bien, hay situaciones de la dinámica familiar que pueden repercutir en el niño de forma predisponente al padecimiento de una depresión, una de ellas es el rechazo u hostilidad familiar, esto consiste principalmente en que uno de los niños, miembro de la familia, se siente excluido del grupo, no valorado y no querido. Las razones de esto son muy plurales, la más importante es la propia dinámica familiar, manifestada de diferentes formas, por ejemplo, un niño puede quebrar

continuamente las reglas, y el clima familiar se resiente, las consecuencias de ello son las riñas y castigos constantes. Ante esta situación los niños crean más problemas, con lo que crece la incomodidad y el descontento. El niño se siente rechazado y los padres, impotentes, y poco a poco la relación sentimental se deteriora.

Otra situación se puede dar cuando los padres usan a uno de sus hijos como chivo expiatorio, en este caso se le culpabiliza de los problemas de los adultos, y se descarga en él la ira que produce la frustración por los propios fracasos, de esta forma los niños llegan a sentirse culpables de las dificultades de sus padres.

Otra situación se presenta cuando los padres son demasiado relajados en el control de la conducta de sus hijos y, de repente, exigen lo que hasta ese momento se había subestimado; en este caso el hijo se puede sentir injustamente tratado. O también, si no hay normas ni control, un niño puede sentirse desatendido en comparación con sus compañeros.

Por otra parte, la violencia conyugal y la exposición de los niños a ésta, es un factor de riesgo para la depresión en los hijos. Generalmente el conflicto explota de forma abierta y manifiesta, los niños quedan expuestos a tales interacciones.

Desarrollan sensibilización al conflicto, lo cual produce una disminución en la capacidad de regular el afecto y resolver conflictos. Los hijos realizan diferentes aprendizajes con respecto a lo que vivencian de sus padres, como también lo que pueden esperar de las personas que poseen más recursos que ellos. Estos aprendizajes que se realizan en base al rol conyugal y parental, podrían no hacerse de forma esperada.

Las familias donde existe una conyugalidad armoniosa y una parentalidad deteriorada, junto con altas exigencias normativas que los progenitores dan por sentado hacia sus hijos, y una falta de valoración, son tipos de familias que podrían ser factores de riesgo para la depresión en niños.

2.2.4 Baja Cohesión

La cohesión es la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí, tiene que ver con el grado de separación o conexión que un individuo tiene con su familia.

El bajo nivel de cohesión es la variable familiar que más contribuye al desarrollo de la depresión en los miembros más chicos de la familia. Contrariamente, una estructura familiar cohesiva funciona como un factor de protección contra la depresión (Pedreschi, 2002). Este dato sugiere que la cohesión familiar puede mediar positivamente entre factores de riesgo para la depresión en niños por ejemplo el abuso, y la depresión.

Los niños más pequeños son los que evolutivamente más requieren desarrollar sentimientos de pertenencia y seguridad para luego poder individualizarse e incorporarse en el mundo extrafamiliar.

2.2.5 Pérdidas y Fracasos

Los episodios de pérdida, como la muerte de un familiar cercano o la ruptura de una relación importante en la vida del niño se han asociado al inicio de episodios de depresión mayor en infantes y adolescentes (Shaffer, 2003; Reyna, y Almirrall, 2006). La muerte por suicidio de un amigo, hermano o familiar conduce a un incremento del riesgo de desarrollar depresión o pensamientos suicidas en los 6 meses siguientes al suicidio (Shaffer, 2003).

La pérdida de un pariente cercano es algo que por lo general casi todos debemos de pasar en un momento u otro, pero el riesgo de perder a un pariente cercano aumenta a medida que nos hacemos mayores, por ello en el caso de los niños es algo a lo que no se espera se expongan y por lo que puede traer un impacto mas notable.

Respecto a las investigaciones sobre el divorcio, sus resultados han ido cambiando a través del tiempo. Las primeras investigaciones al respecto se basaban en un modelo de divorcio en el cual asumían que la estructura familiar de dos personas casadas era necesaria para la buena socialización del niño. La ausencia de padre podría traer aparejada serias consecuencias, especialmente a los hijos varones.

Los estudios recientes han focalizado en la diversidad de patrones de ajuste de los niños al entorno y el divorcio. Especialmente se han centrado en las interacciones entre los factores individuales, familiares y extrafamiliares que deterioran o promueven el ajuste de los niños para manejar satisfactoriamente el conflicto, la separación, la pérdida y los cambios en su nueva situación familiar.

Los estudios actuales reconocen que el divorcio es un paso más en la serie de transiciones familiares que afectan las relaciones familiares y el ajuste de los niños. Éstos toman en cuenta las experiencias en la familia que anteceden al divorcio, las transiciones maritales seguidas al divorcio, la vida en familias monoparentales, que impactan el ajuste del niño. Admiten que el divorcio está asociado con cambios estresantes en la vida de los miembros familiares, como también puede representar un escape del conflicto para garantizar armonía y mejores oportunidades para desarrollarse y crecer (Pedreschi, 2002).

Por otra parte, las experiencias de fracaso, ya sea en el ámbito escolar o social, pueden afectar las percepciones que los niños tienen de sí mismos, actuando como un factor importante en la aparición o mantenimiento de la depresión.

La disminución del rendimiento escolar es una de las primeras señales indicadoras de la posible aparición de un cuadro depresivo, pero lo que podría tomarse como causa, también puede ser su consecuencia, es decir, el fracaso escolar no necesariamente está causado por la depresión, sino que también puede ser causa de esta. Des este modo Polaino (1988) indica que el fracaso escolar, las dificultades del aprendizaje y la disminución del rendimiento escolar pueden ser causa y consecuencia de las depresiones infantiles, manifestación de estas y factor suscitador de estas.

Este mismo autor nos explica que el niño que repite curso, el que fracasa en la escuela se sentirá responsable de las discusiones familiares de sus padres, percibiéndose a sí mismo como culpable de todo lo negativo que en casa sucede; descenderá su autoestima; formará un autoconcepto negativo; disminuirá su nivel de aspiraciones; renunciará a relacionarse con niños que obtienen mejores calificaciones que él, inhibirá su comportamiento social y perderá su natural espontaneidad al atribuirse una autoeficacia muy debilitada.

Asimismo, el descenso en su nivel de aspiraciones implica un debilitamiento de su motivación para el trabajo, y en consecuencia, lo que en un principio fue un fracaso ocasional, tal vez transitorio y sin mayor dificultad, puede convertirse en un hábito comportamental que moldea y configura la aparición de un estilo cognitivo depresivo.

2.2.6 Situaciones Estresantes

Enfermedades

La depresión ha sido altamente encontrada en pacientes con otro tipo de enfermedades médicas; se estima que un 17-25% de pacientes hospitalizados con enfermedades neoplásica sufre una depresión grave que requiere intervención psiquiátrica. En el periodo postparto se observa que la incidencia de depresión moderada a grave es alrededor del 10%; en las enfermedades coronarias el 44% de las personas han presentado depresión y en el cáncer el 39%, entre otras enfermedades (Levenson, 2000).

En el caso de los niños, diversos autores han encontrado que en casos donde la enfermedad requiere de la hospitalización, los niños se sienten abandonados o solitarios debido a que ausencia de sus padres.

Acontecimientos vitales precipitantes.

Hace referencia a los efectos negativos de adversidades y amenazas a lo largo de la vida. Si definimos el “acontecimiento vital” como un fenómeno económico, psicológico o familiar brusco que produce desadaptación social o distrés psicológico, los eventos serán percibidos como amenazas que requieren un esfuerzo de adaptación mayor a la habitual y son inesperados, no deseados, incontrolables y/o cargados de consecuencias negativas.

2.2.7 Entorno

Los síntomas depresivos y la disforia son más frecuentes en la clase social baja aunque no existe un patrón de distribución particular en la depresión no bipolar según las diferentes clases sociales. Con respecto a la depresión bipolar, algunos estudios sugieren mayor frecuencia en clases socioeconómicas altas Weissman y Myers (citado en Vallejo, 2000).

La depresión se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. De esta manera los niños y adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social.

Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja.

No se ha encontrado una asociación entre el vivir en el medio rural o urbano.

El acoso por parte de iguales o bullying y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son también factores de riesgo de depresión.

Deben considerarse también niños y adolescentes con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión, aquellos sin hogar, los internos en centros de acogida, refugiados y aquellos con antecedentes de delincuencia, especialmente los recluidos en instituciones de seguridad.

Muchos estudios sugieren que el trastorno bipolar puede ser ligeramente más alto en personas, solas, separadas o divorciadas. Por otro lado la depresión monopolar, esta más asociada en hombres solteros, viudos, separados y a mujeres casadas. No obstante, el estado civil puede cambiar como resultado del trastorno y no ser una causa de éste (Alarcón, 2005).

GUÍA PARA DETECTAR DEPRESIÓN EN NIÑOS

Dado que uno de los principales objetivos de este trabajo es brindar orientación respecto a la detección de la depresión infantil, se ha elaborado una guía para este propósito. Se tomaron en cuenta una variedad de referencias respecto al tema para poder hacer un conjunto de los síntomas propios de este padecimiento.

Los datos presentados son el resultado de una recopilación de trabajos de diferentes autores, esencialmente en (Otero, Reimundez, 2003; Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009; Manual de atención integral a la depresión y el suicidio en adolescentes, 2005)

A continuación se presentan dichos síntomas acompañados de las manifestaciones observables de los mismos, y para una revisión más detallada se han agrupado en 3 etapas de edad, esto con la finalidad de que sea más orientativo para los padres y público en general el conocer estos datos.

Edad	Síntomas	Manifestaciones	Se Presenta	
			Si	No
Menores a 7 años	Tristeza, decaimiento	Cara triste, indiferente o inexpresiva		
	Apatía, aburrimiento	Falta de interés en general		
	Irritabilidad	Se molesta con facilidad		
	Cansancio y fatigabilidad	Continuamente esta sentado, no se mueve demasiado,		
	Dificultades en el aprendizaje	Distracción, no hace tareas, no se entera de lo que explican en clase		
	Negativa de ir al colegio			
	Disminución del apetito	Sin causa aparente		
	Alteraciones del sueño	Insomnio, despierta frecuentemente, pesadillas		
	Llanto inmotivado, rabietas			
	Desmotivación	Falta de interés en juegos habituales		
	Falta de Socialización	No juega con otros, habla poco y no se relaciona		
	Fracaso en alcanzar el peso para su edad cronologica			
	Somatizaciones	Dolor de cabeza, estomago		

Edad	Síntomas	Manifestaciones	Se presenta	
			Si	No
De 8 a 12 años	Tristeza	Cara triste, indiferente o inexpresiva		
	Apatía, aburrimiento	Quejas de aburrimiento		
	Irritabilidad	Se molesta con facilidad, malhumorado		
	Ansiedad	Manifestada en nada en particular		
	Sentimientos de soledad	Acompañados de búsqueda de aislamiento, se muestra retraído		
	Cansancio y fatigabilidad	Continuamente esta sentado, lentitud para vestirse o comer		
	Rechazo escolar	No hace tareas, no muestra interés, manifiesta deseos de no asistir		
	Bajo rendimiento y pobre adaptación escolar	Malas calificaciones, retraimiento, aislamiento de sus compañeros		
	Falta de concentración	No responde cuando se le llama, olvida las cosas, indecisión		
	Cambios del apetito	Puede ingerir más o menos alimento		
	Alteraciones del sueño	Duerme más o menos, puede despertar constantemente		
	Llanto Fácil			
	Autoconcepto negativo	Manifiesta sentimientos de no ser tan bueno,		

		inferioridad, de culpa		
	Desmotivación	Falta de interés en juegos y actividades habituales, no sale con amigos		
	Falta de Socialización	No juega con otros, habla poco y no se relaciona		
	Somatizaciones	Dolor de cabeza, dolores abdominales		
	Ideas de Muerte	Verbaliza inquietudes ante esta, puede llegar a pensar en suicidio		

Edad	Síntomas	Manifestaciones	Se presenta	
			Si	no
Adolescencia	Se suman a la las mismas que la etapa anterior las siguientes:			
	Agresividad e Irritabilidad	Se molesta fácilmente, agrede constantemente		
	Conducta Negativista	No encuentra el lado positivo a las situaciones, encuentra que todo esta en su contra		
	Desgano por participar en actividades familiares	Pasa la mayor parte del tiempo en su cuarto, no convive con familia		
	Desinterés por su aseo personal	No se baña, vestimenta sucia, no se asea		
	Dificultades escolares	Distracción, malas calificaciones, aislamiento de sus compañeros e incluso deserción.		
	Retraimiento social	Se mantiene aislado, no convive, no se le conocen amigos cercanos		
	Desinterés por cosas que le atraen	Deja de realizar actividades a las que anteriormente dedicaba tiempo		
	Ideas de muerte y suicidio	Manifiesta pensamientos de muerte, ha comentado como morirá, incluso deseos de quitarse la vida		
	Planes suicidas	En estos casos tiene ya una idea clara de como quitarse la vida, en algunos casos ya lo habrá intentado		

Además de los síntomas antes citados deberá identificarse el niño se encuentra en alguna de las siguientes condiciones:

- 2 Historia Familiar de Depresión
- 3 Alteraciones en el Sistema Nervioso Central
- 4 Alteraciones prolongadas del Sueño
- 5 Vivir en un hogar donde un cuidador padezca depresión
- 6 Abuso Infantil (físico, emocional, sexual)
- 7 Hostilidad Familiar
- 8 Baja Cohesión Familiar
- 9 Muerte de algún miembro cercano
- 10 Fracaso Escolar
- 11 Enfermedad propia o de algún familiar
- 12 Ser víctima de Bulling
- 13 Situación de pobreza o entorno desfavorable
- 14 Cuidador(es) desempleados
- 15 Altas exigencias tanto familiares como sociales
- 16 Falta de redes sociales o grupos de apoyo
- 17 Haber vivido recientemente algún cambio abrupto en su estilo de vida

Los padres o tutores del niño(a) deberán contestar el cuestionario correspondiente al rango de edad de su hijo, a cada síntoma se puede contestar si se presenta o no, para conocer la condición del niño(a) es necesario contar el número de respuestas afirmativas, es decir, los síntomas que si se presentan.

En caso de presentarse de 5 a 6 respuestas positivas en el cuestionario, tomando en consideración que dichos síntomas se presentaron por al menos dos semanas, se recomienda a los tutores que acudan a un especialista de la Salud Mental quien se encargará de hacer un diagnóstico y de ser necesario decidir junto con la familia un tratamiento adaptado al caso particular del niño.

CONCLUSIONES

Como se ha mostrado a lo largo de este trabajo la depresión infantil es un problema grave, que se puede presentarse igualmente en niños y adolescentes, en muchas formas con grados y duración variados. Padecimiento capaz de interferir con las capacidades y acción del individuo.

Se ha mostrado que los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida importante o que tienen desórdenes del aprendizaje o de la conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión, sin embargo no hay una causa en particular, ni algo que nos garantice el padecerla o no.

Este trabajo constituye un esfuerzo por dar a conocer esta situación, concientizar sobre su existencia y mas aun sobre su atención, cualquier padecimiento debe ser tratado siempre y aun mas tratándose de la depresión, por que como se ha mostrado, es capaz de repercutir en calidad de vida y desempeño social y ocupacional de quien la padece.

Dado que los problemas emocionales tienden a impactar la habilidad de los niños de controlar su comportamiento, los problemas de salud mental pueden afectar negativamente las relaciones y el desarrollo social, es sumamente importante detectar cualquier anomalía. Los niños que son emocionalmente bien ajustados tienen mejores oportunidades de tener éxito en la escuela desde los primeros años, mientras que los niños que experimentan dificultades emocionales serias enfrentan riesgos de dificultades en la escuela tempranamente.

Durante mucho tiempo se negó que los niños sufrieran trastornos mentales, en la actualidad no se niegan pero se ha minimizado su importancia. Se han considerado problemas menores que podían ser resueltos por personas sin preparación y experiencia. Sin embargo la realidad es distinta, muchas de las enfermedades mentales de la población surgen en la infancia, además que según sea el caso pueden extender aun en la vida adulta.

La gravedad y las serias consecuencias que tienen estos padecimientos cuando no se tratan es bastante, la ausencia de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes limitan seriamente su futuro, disminuye sus oportunidades educativas y profesionales, además de representar un coste muy alto para las familias y una carga para la sociedad.

Es por ello que las medidas destinadas a la detección de los trastornos mentales, en particular de la depresión infantil, son fundamentales puesto que significan una enorme ventaja, la posibilidad de la salud y bienestar no solo de quien lo padece sino de la familia y comunidad misma.

De ahí la importancia de este trabajo, que ha dedicado su propósito a guiar a los padres, maestros y personas en general a conocer y detectar la depresión infantil, surge de la necesidad de atender la falta de información al respecto, puesto que si bien es cierto que existen múltiples aportaciones científicas respecto al tema, no muchas se han dedicado a atender el problema desde la perspectiva de los cuidadores del niño, de aquellos que son parte de su vida, quienes representan la oportunidad de reconocer cualquier anomalía en su vida y por tanto, la posibilidad de atender oportunamente al infante.

BIBLIOGRAFÍA

- ψ Abraham, K. (1911). Notas sobre la investigación y tratamiento de la locura manícodepresiva y condiciones asociadas. En *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Hormé.
- ψ Abraham, K. (1916). Investigaciones sobre la primera fase pregenital de la libido. En: Garma A. y Rascovsky (comp.). *Psicoanálisis de la melancolía*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.
- ψ Aburto, M., Loubat, o. & Vega, M. (2008). Aproximación de la Depresión Infantil por parte de psicólogos que trabajan en COSAM de la religión metropolitana. *Terapia psicológica*. 26 (2): 189-197.
- ψ Alarcón, R. (2005). Efecto de los desniveles socioeconómicos sobre la felicidad. *Teoría e Investigación en Psicología*, 14; 91-112.
- ψ Alcántara T., M. D. (2008). La depresión infantil. Innovación y experiencias educativas. 45(6). Recuperado el 15 de Marzo del 2012 de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_12/M_DOLORES_ALCANTARA_1.pdf
- ψ Almirall, J. (2006). *Síntomas tempranos de la depresión*. España: Fapa ediciones. Pp. 5-40.
- ψ Alonso F., F. (1994). *Vencer la depresión con ayuda del médico, la familia y los amigos*. Madrid: temas de hoy.
- ψ Arieti, S. & Bemporad, J. (1981). *Psicoterapia de la depresión*. Buenos Aires: Paidós.
- ψ Arros M. & Valenzuela, F. (2006). Teoría psicoanalítica de la depresión: Una revisión de distintas propuestas para su comprensión y clasificación. *Gaceta universitaria*. 2 (4); 473-481.
- ψ Beck, A. T. & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- ψ Beck, A. T. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- ψ Belló, M.; Puentes, R., E.; Medina, M. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud pública de México*. 47 (1); 4-11.
- ψ Cabrera P., L. (1996). *La depresión infantil en la población escolar de la isla de Lanzarote*. Servicio de Publicaciones Universidad de la Laguna. Recuperado el 28 de Octubre del 2011 de <http://www.datosdelanzarote.com/Uploads/doc/20091113122906724cs7.pdf>

- ψ Castilla del Pino, C. (1966). *Un estudio sobre la Depresión*. Barcelona: Península.
- ψ Cummings, E. M. & Davis, P. T., (1994). Maternal depression and child development. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35 (1); 73-112.
- ψ De la Fuente, R. (2006). *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica. Pp. 426 y 447.
- ψ Ferster, C. B. (1973). *A functional analysis of depression*. *American Psychologist*, 857-870.
- ψ Freud, S. (1915). *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. En: *Obras Completas (13 Vols.)*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1968.
- ψ Freud, S. (1921). Más allá del principio de placer, *Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras*. En: *Obras Completas*, tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- ψ Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. En: *Obras Completas*, tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu. (orig. 1914).
- ψ Greden, JF. (2001) The burden of Recurrent Depression: Causes, Consequences, and Future Prospects. *J Clin Psychiatry* ; 62(22): 5-14.
- ψ Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Recuperado el 26 de Marzo del 2012 de http://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia-t%20N%C2%BA%20200709_Depresion%20Mayor%20adolescente-web.pdf.
- ψ Klein, M. (1935). *El duelo y su relación con los estados maniaco depresivos* En: *Obras completas*, tomo I. Buenos Aires: Paidós.
- ψ Levenson, J. (2000). *Depression*. USA: ACPseries, 1-15.
- ψ Lizando, G; Montes, N. y Jurado, F. (2005). Enfoque cognitivo de la depresión. *Rev. Papeña de medicina familiar*. 2(1); 50-52.
- ψ Manual de atención integral a la depresión y el suicidio en adolescentes. (2005). Programa de atención integral a la adolescencia.
- ψ Manual de atención integral a la depresión y el suicidio en adolescentes, (2005). Caja costarricense de seguro social Gerencia médica, Departamento de medicina preventiva: Programa atención integral a la adolescencia. Recuperado 10 de Abril del 2012 de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/manualdepresionsuicidio.pdf>.
- ψ Marcelli, D. (1992). *Adolescencia y depresión: un abordaje multifocal*. Barcelona: Masson.

- ψ Martínez T., A. (1997). Abuso sexual en la niñez y sus repercusiones psicoemocionales. *Revista Psicología Contemporánea*, 4(1); 56-63.
- ψ National Institute of Mental Health. (2009). *Depresión*. Departamento de salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- ψ Pedreschi, J. (2002). *Factores de riesgo familiares para la depresión en niños*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Belgrano.
- ψ Pérez A., M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Redalyc*. 2(28).
- ψ Polaino-Lorete, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Ed. Morata.
- ψ Reimundez, G. (2003). La depresión no sabe de edades. *Revista Economía de la salud*. Pp. 24-26.
- ψ Reyna, Y. (2005). *Depresión Infantil en niños de 3-6 años de edad en el jardín de niños Dolores Vega Anza*. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Durango campus Zacatecas.
- ψ Rodríguez, J. & Ortiz, M. (2001). Depresión infantil. *Revista científica electrónica de psicología ICSa-UAEH*. 6.
- ψ Shaffer, D. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars Medica.
- ψ Siberman, R. y Aguado, M. (2005). Procesos cognitivos y depresión infantil: Algunos lineamientos para los padres. *Rev. Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. 6(1); 67-82.
- ψ Skinner, B.F. (1953). *Science and human behaviour*. Nueva York, MacMillan. Traducción española: Ciencia y conducta humana. Barcelona, Martínez Roca, 1986.
- ψ Skinner, B.F. (1974). *About behaviourism*. Nueva York, Knopf. Traducción española: Sobre el conductismo, Barcelona, Orbis, 1987.
- ψ Soutullo E., C. (2005). *Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes*. España: EUNSA.
- ψ Vallejo, J. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona, España: Masson.
- ψ Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*. 8 (3); 417-449.