



UNAM IZTACALA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Depresión Infantil: Enfoque Conductual y Psicoanalítico

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

Adriana Monserrat Mancilla Martínez

Directora: Mtra. Juana Ávila Aguilar
Dictaminadores: Dr. José de Jesús Vargas Flores
Mtra. María Guadalupe Ofelia Aguilera Castro

Los Reyes Iztacala, Edo. de México, Febrero 2014





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

1. Depresión Infantil

1.1.- Antecedentes	7
1.2.- Definición	10
1.3.- Características del niño con Depresión Infantil	11
1.4.- Diagnóstico	14
1.5.- Evaluación	16
1.6.- Tratamiento	17

2. Factores que influyen en la depresión infantil

2.1.- Ambientales	20
2.2.- Escolares	24
2.3.- Biológicos-Bioquímicos	26

3. Psicología conductual y depresión infantil (Cognitiva-Conductual)

3.1.- Definición de Depresión Infantil	31
3.2.- Características del niño con Depresión Infantil	33
3.3.- Evaluación	39
3.4.- Intervención	41
3.5.- Seguimiento	43

4. Psicoanálisis y depresión infantil (Psicodinámica)

4.1.- Definición de Depresión Infantil	46
4.2.- Características del niño con Depresión Infantil	54
4.3.- Evaluación y Diagnóstico	62
4.4.- Tratamiento	63

5. Suicidio

5.1.- La Epidemiología	73
5.2.- El método utilizado	77

CONCLUSIONES	78
---------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA	84
---------------------	-----------

RESUMEN

Hoy en día se acepta que la depresión infantil es paralela a la del adulto, se propone que es un desorden similar. Se ha observado la resistencia por parte de padres, maestros y pediatras para oír el sufrimiento psíquico en las dificultades de aprendizaje y en los trastornos funcionales. En los diversos enfoques psicológicos existen diferentes propuestas hechas en lo tocante a las causas de la depresión infantil

El objetivo de este trabajo es hacer una comparación de la perspectiva Conductual y desde la perspectiva Psicoanalítica de cómo abordan la depresión infantil. Como también definir el concepto de depresión infantil. Identificar los factores que influyen para que exista depresión infantil en ambas perspectivas. Contrastar los métodos que utilizan en cada perspectiva y analizar cuál de las perspectivas es más aplicable en la depresión infantil.

Anteriormente se negaba la existencia de depresión infantil, desde 1975 se aceptó y se comenzaron a realizar estudios para esa patología que se define como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Todos debemos estar preparados para saber canalizar las situaciones de agresividad infantil. Muchos padres consideran la ayuda psicológica pero refieren que es costosa y de difícil acceso por lo que se deben establecer programas para ayudar tanto a niños como a padres en estos casos.

Estos estudios nos permiten adquirir conocimiento de los factores que influyen en la depresión hoy en día. Este trastorno como lo hemos visto se estudia desde un tiempo atrás no es nueva, sin embargo, en la actualidad no se le brinda importancia, y en nuestro país son escasos los estudios, hasta que tienen repercusiones fatales como el suicidio.

INTRODUCCION

La bibliografía disponible sobre los trastornos afectivos en la infancia publicada en los últimos años revela un interés creciente hacia estos cuadros. En el caso de los niños, las causas inmediatas se refieren a manifestaciones anímicas, conductuales, cognitivas y fisiológicas, teniendo repercusiones en las áreas escolares y socio afectivas. Específicamente y dependiendo de la edad del niño, puede haber intentos de suicidio, accidentes por la tendencia a correr riesgos, fracaso escolar, aislamiento social, dificultades en el desarrollo de la personalidad, enfermedades psiquiátricas a futuro, estados depresivos en la vida adulta, entre otros. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en México hay 5, 000, 000 de personas que son tratadas de un problema de salud pública. De los cuales 8-10% son menores de 18 años, señalando que el género femenino tiene mayor incidencia sobre pasando los 12 años. La depresión infantil es un cuadro complejo y de reconocimiento relativamente reciente como entidad clínica dentro de la psicología (Méndez, 2002).

Hace algunos años, se planteaba que la depresión era un trastorno que afectaba más bien a adultos. Esta mirada evolucionó: en el presente se acepta la existencia de ese cuadro en niños, postura a la que adscriben la mayoría de los clínicos en la actualidad en la Asociación Americana de Psiquiatría y La Organización Mundial de la Salud (Méndez, 2002). No obstante, la depresión infantil es una entidad que rara vez se presenta igual que el aspecto clásico adulto, sino que se expresa de manera más heterogénea, lo cual se despliega como un obstáculo para su diagnóstico y tratamiento.

Esta complejidad se aprecia en sus múltiples manifestaciones sintomatológicas y multicausales, a lo que se suman: a.- Las características propias de los niños, quienes por estar en proceso de desarrollo, presentan a menudo dificultades para identificar y verbalizar emociones; b.- Las diferentes expresiones sintomatológicas según las distintas edades; c.- Las características propias e individuales del niño; y finalmente, d.- La posible comorbilidad de la depresión con otras problemáticas (Evans & O'Connor, 2005; citado en Aburto y Vega 2008).

El término depresión ha sido definido de diversas maneras y ampliamente estudiado a lo largo de los siglos, sin embargo, desde el punto de vista psicológico actual, la depresión es un término genérico que se aplica a un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales, que ocurren como condiciones únicas o acompañados de otros estados patológicos, es decir, la esfera psíquica, la somática y la conductual son perturbadas en grados diversos. La depresión se define como un desorden 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 la persona. La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor que ocurre en niños; esta alteración se presenta de muchas formas con grados y de duración variable (Rodríguez y Ortiz, 2003).

Solloa (2001) menciona que la aparición de la depresión en la infancia sigue un curso crónico que puede presentar consecuencias secundarias, como déficit psicosociales, trastornos de conducta, alcoholismo, abuso de sustancias, personalidad antisocial y bajo rendimiento académico. Por otro lado, son diversos los factores de riesgo, por ejemplo la interacción familiar y los estilos de vida inadecuados en dicho contexto, que pueden generar aparición de la depresión infantil.

Algunos autores señalan que el 63% de los niños que intentan el suicidio son los niños deprimidos. Con relación a la prevalencia de la depresión infantil, consideran que la cifras varían según la población estudiada y los métodos utilizados. Las investigaciones más actuales coinciden en que la incidencia esta entre 8% y 10%. Si se analiza por edades, se observa que en la etapa preescolar estas cifras descienden a 2%; en edades escolares se estima entre 8% y 19% en los adolescente asciende a 13% (Gould 1998, MacCraken, 1992, Garriso, 1997; citado en Herrera, Yasmit y cols., 2009).

En Chile la prevalencia de trastornos depresivos en la población general mayor de 15 años es de 7.5 % a 10 % y que el 30 % de las personas consultantes en el nivel primario de atención sufren cuadros depresivos. También que alrededor del 15 % de los deprimidos graves terminan suicidándose, que se disminuye la capacidad de trabajo de manera importante y que se ubica en segundo lugar, dentro de las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad (AVISA), en Chile según el Ministerio de Salud (MINSAL) en el 2005. Otro antecedente relevante es el deterioro que la depresión ocasiona al conjunto de la vida familiar.

En un revisión realizada por Rivas en 1995 donde las prevalencias que aparecen en investigaciones fuera de nuestro país, diferenciando entre síntomas y trastorno, son de un 33.36 % para los primeros y un 6.17 % para el segundo. Nissen en 1991 detecta la presencia de estados de humor ligeramente depresivo entre un 6 y 12 % de una población psiquiátrica infantil tratada ambulatoriamente. Lo que sí parece cierto, es que hasta el momento, la mayor parte de las tasas de prevalencia de depresión infantil publicadas se han obtenido en poblaciones clínicas, arrojando cifras muy dispares. Estas discrepancias se deben, en gran medida, a la heterogeneidad de las muestras utilizadas en cuanto a edad, sexo, estatus socioeconómico, procedencia y tamaño de las muestras (consulta externa o sujetos hospitalizados). Las fuentes de información son también diferentes, aunque algo más homogéneas; entrevista clínica psiquiátrica aislada o acompañada de entrevista a padres e informe escolar, historias clínicas, entre otros.

Los estudios en poblaciones no psiquiátricas son mucho más escasos. Anderson y cols. en 1987 encuentran tasas de alrededor del 2.6 % en la población general. Fleing y Offord en 1990 ofrecen una revisión crítica de los estudios epidemiológicos de la depresión infantil en la población general y consideran que, en solo cuatro de los trabajos realizados con niños por debajo de 12 años, se ha empleado una metodología correcta. Estos autores afirman que la prevalencia de depresión mayor es inferior al 3% en niños prepuberales.

Un estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva infantil en la población escolar madrileña de ciclo medio. Donde su objetivo fue inferir la tasa de prevalencia de los trastornos depresivos. Su muestra de 1. 275 niños/as, entre 8 y 11 años de edad, obtenida mediante muestreo aleatorio por conglomerados, proporcional y estratificada, según tipo de enseñanza (pública, concertada y privada) y nivel educativo (3º, 4º y 5º de EGB). La definición de “caso” mediante la entrevista clínica semiestructurada de Poznanski (Children’s Depression Rating Scale.Revised, 1984) en función de los criterios clínicos del DMS-III-R, para la sintomatología de distimia y depresión mayor. Los resultados arrojaron una tasa total de prevalencia de trastornos depresivos del 10. 1% (6,1% de distimia y 4% de depresión mayor). Las conclusiones fueron que muchos niños con sintomatología depresiva, pasan inadvertidos ante sus padres u otros cuidadores, médicos de familia y pediatras, la importancia de la detección precoz, y por consiguiente de “instrumentos auxiliares de diagnóstico” para el clínico (Polaino-Lorete y cols., 1997).

Lars (1986), dice que al buscar explicaciones de problemas de la gente en sus antecedentes psicológicos o sociales, estamos propensos a pensar, en primer lugar, en hogares rotos, pobreza y alcoholismo. Parece haber varios factores menos obvios que pueden preparar el terreno para la depresión en la vida. Si tuviera que escoger una palabra para describir los primeros años de vida familiar del paciente socialmente maniaco-depresivo, esa palabra sería *limitada*. Los niños restringidos socialmente, ya que sus familias estaban en cierto modo apartadas socialmente. Se aplicaba mucha presión sobre los niños para que triunfaran en especial en sus carreras profesionales. Los padres de los pacientes maniaco-depresivos estaban en extremo deseosos de tener la aprobación de la sociedad, y se valían de sus hijos para adquirir un prestigio para ellos mismos. Había una gran competencia dentro de la familia.

Por otro lado, es importante tratar el tema del suicidio infantil, pues la depresión infantil puede llevar a esto. Un niño de 11 años, ingirió quince píldoras de un somnífero que usaba su madre; estaba deprimido y dijo que quería morirse. Con

esta dramática nota se inicia un artículo en el que dos psiquiatras infantiles del Centro de Estudios para el Niño de Yale, New Haven, se refieren al problema. “¡Quiero morirme! ¡No soporto más mis padres riñen continuamente y me parece que estoy de por medio!”. Al mismo tiempo el pequeño relata que la idea de usar las píldoras se le ocurrió la noche anterior, al presenciar un programa de televisión en el que aprendió que “un puñado de píldoras somníferas pueden ser mortales”, y así se las tomó una tras otra, hasta considerar que eran suficientes “para dormirse y morirse”. Y mientras los psiquiatras infantiles discuten acerca de si existe o no la depresión en niños, es evidente que la conducta suicida se presenta, sobre todo en niños de 5 a 6 años. La doctora Cynthia Pfeffer al investigar la conducta suicida de 42 niños de 6 a 12 años, encontró sensación de inutilidad, deseo de morir, así como depresión grave y conducta suicida de los padres.

La depresión y la conducta suicida de los padres influyen a menudo en la forma como el niño se enfrenta a la tristeza y a la frustración. Como es un hecho conocido que el niño suele captar la depresión en los padres, amenaza suicida específica o el acto mismo, pueden ser simbólicos y ofrecer una pista hacia la depresión de los padres. La madre del niño de nuestro ejemplo padecía de insomnio crónico; su vida matrimonial era infeliz y lo decía enfrente del niño entre otras cosas. En este medio ambiente la conducta suicida de nuestro pequeño paciente señalaba un profundo trastorno familiar (Calderón, 2001).

Además del tratamiento con medicación, es importante un apoyo psicológico al niño y a la familia. El niño se ha acostumbrado a percibir las cosas negativamente, y a esperar automáticamente que todo salga igual, sea culpa suya, o a fracasar siempre. Estas ideas negativas deben ir cambiando con el tratamiento a una visión más realista. Los tratamientos psicológicos usados en niños deben tener en cuenta el nivel de desarrollo cognitivo-intelectual y emocional. Es por ello que la depresión representa uno de los eventos más comunes en el ser humano y uno de los primeros desórdenes mentales en ser reconocido y estudiado por psiquiatras y psicólogos (Polaino-Lorete, 1998; citado en Herrera, 2009).

Hoy en día se acepta que la depresión infantil es paralela a la del adulto, se propone que es un desorden similar. Se ha observado la resistencia por parte de padres, maestros y pediatras para oír el sufrimiento psíquico en las dificultades de aprendizaje y en los trastornos funcionales. En los diversos enfoques psicológicos existen diferentes propuestas hechas en lo tocante a las causas de la depresión infantil

El objetivo de este trabajo es hacer una comparación de la perspectiva Conductual y desde la perspectiva Psicoanalítica de cómo abordan la depresión infantil. Como también definir el concepto de depresión infantil. Identificar los factores que influyen para que exista depresión infantil en ambas perspectivas. Contrastar los métodos que utilizan en cada perspectiva y analizar cuál de las perspectivas es más aplicable en la depresión infantil.

Y para ello, en el primer capítulo tocaremos el tema de Depresión Infantil, haciendo una revisión de sus antecedentes, definición, características principales, diagnóstico, evaluación y su tratamiento. Y para entender de una mejor manera el constructo de depresión, en el siguiente capítulo describiremos los factores que influyen para que exista la depresión infantil, como es el ambiente en el que el pequeño se desenvuelve y los biológicos-bioquímicos.

En el tercer capítulo se dará una explicación de cómo la psicología conductual aborda este tema, revisando la definición, las características que ellos han observado en el niño, la forma en que evalúan, su intervención y el seguimiento que le dan. Por consiguiente en el cuarto capítulo se verá como la psicología psicoanalítica aborda dicho tema, el concepto que ellos presentan, las características, su evaluación y diagnóstico, así mismo el tratamiento que brindan.

Y como último capítulo se tocara el tema del suicidio, se ha mencionado anteriormente, que este se encuentra latente en la depresión infantil, ya que viene con los pensamientos que los pequeños tienen respecto al significado de su vida.

1. DEPRESIÓN INFANTIL

1.1.- Antecedentes

Hasta hace poco, la depresión ha sido vista como desorden prevalente pero relativamente “benigno”; incluso en ausencia de tratamiento, este desorden ha sido asociado a un buen pronóstico. La depresión fue llamada a menudo el “frio común” de la psicopatología. Sin embargo, durante las dos últimas décadas, esta visión de la depresión ha cambiado drásticamente. Además, la investigación ha aclarado progresivamente que la depresión a menudo tiene su primera aparición en la infancia o adolescencia (Costello, Hammen, March y cols. 2002). Estimaciones recientes indican que el porcentaje de recaída es de 20% -30% durante los tres primeros años luego de aparición del primer episodio depresivo, y de 70%-80% en el mismo periodo para sujetos que ya han tenido tres o más episodios depresivos (Salomón, Keller, Leon y cols., 2000).

Por su parte Lars (1986) menciona que en primera instancia desde un *enfoque médico*, existen dos preguntas en la opinión psiquiátrica sobre depresión. La primera es si la causa de la depresión debe buscarse en los factores externos o internos (bioquímicos); la otra es si el paciente reacciona positivamente o no al tratamiento antidepressivo. En la psiquiatría tradicional existen dos escuelas principales: Inglaterra – Newcastle, que adopta una opinión dicotómica, menciona que algunas depresiones son endógenas y tienen orígenes internos (bioquímicos, genéticos). Los síntomas más importantes son: inhibición motora, sentimientos de culpa, delirios, paranoicos, despertar temprano, no reaccionar a los cambios del medio e intento de suicidio. En tanto que otras son exógenas y dependen principalmente de las circunstancias externas (un suceso psiquiátrico traumático) entre los síntomas están: ansiedad, autocompasión, riesgo de suicidio, fijación por parte de la persona deprimida en un objeto precisamente específico. La escuela de Londres, que representa la hipótesis del continuo, dice que es imposible trazar límites causales claros entre los diversos tipos de depresiones; hay más bien una escala continua de causas externas e internas. De esta forma podemos ver que el

diagnóstico psiquiátrico, está basado en una mezcla (confusión) de causas, efectos (síntoma) y tratamiento.

El diagnóstico del síndrome depresivo es mucho más difícil en la infancia que en la edad adulta; ello se debe, en parte, a que el niño tiene mayor dificultad para describir su sintomatología. Por lo anterior, el médico debe preguntar pacientemente e intentar objetivar los síntomas, que muchas veces sólo pueden inferirse observando minuciosamente el comportamiento del niño. Entre los síntomas que se han considerado como integrantes del cuadro depresivo en niños, pueden señalarse fatiga, frecuentes actos de rebeldía, llanto, somnolencia, lentitud en el pensar y en el actuar, pérdida de memoria, rendimiento escolar deficiente, pasividad o resistencia pasiva contra el estudio, distracciones, actitud taciturna, torturada o molesta y, no pocas veces, quejas hipocondriacas como dolores abdominales, cefaleas y dolor de garganta. Hasta hace poco los psiquiatras se resisten a creer que la depresión infantil tuviera características semejantes a la de los adultos y que dicho cuadro pudiera ser tratado con medicamentos antidepresivos.

No fue sino hasta 1971 cuando hubo un cambio de esta actitud, el IV congreso de la Unión de Paidopsiquiatras Europeos, se dedicó exclusivamente al intercambio de punto de vistas y de ideas relacionadas con el tratamiento de los estados depresivos en niños y adolescentes. En esta cuarta reunión se recalcó que en la actualidad hay dos tipos de escuelas de pensamiento opuesto: la de los psiquiatras infantiles que buscan los síntomas clásicos de la melancolía postulados por Kraepelin (ideas delirantes de culpa, estados depresivos, tendencias suicidas, e inhibiciones dolorosas). La de los paidopsiquiatras más jóvenes, que tratan de adoptar una clasificación nosológica similar a la que se ha usado en el adulto después del advenimiento de los medicamentos antidepresivos, es decir, ampliar el concepto de la depresión para poder abarcar todos los trastornos asociados con alteraciones depresivas del humor que se presenta con más frecuencia en la mañana y que se caracteriza por la falta de energía vital (Calderón, 2001).

En México Especialistas de la Facultad de Psicología de la UNAM realizaron una investigación entre niños de primaria que reveló que 20.22% de ellos mostraron sintomatología depresiva. De acuerdo con el estudio aplicado a mil 340 niños que cursan de tercero a sexto grado de primaria en los turnos matutino y vespertino en escuelas ubicadas al sur del Distrito Federal, dichos síntomas se detectaron en 271 de los menores. La académica del Departamento de Psicofisiología, Verónica Alcalá Herrera, precisó que no se trata de un diagnóstico de depresión, sino de indicios que pudieran derivar en esa enfermedad durante la adolescencia o en la vida adulta. Los resultados de la prueba, aplicada en 12 primarias públicas, privadas, de enseñanza tradicional y activa, no arrojaron diferencias significativas entre género, ni en edades, pero sí entre las escuelas tradicionales y activas, refirió. Del total de la muestra, los infantes de las primeras tenían mayor puntaje en las escalas depresivas que los niños de planteles activos.

"En esos pequeños observamos tendencias hacia una tristeza que, en algunos casos, era profunda, así como pensamientos de muerte, preocupaciones, miedos y aflicciones".

Por ello, se insistió, que no se puede hablar de una sintomatología depresiva, pues las causas no fueron investigadas, aunque es necesario considerar hacerlo. Para la investigación se utilizó una prueba de depresión infantil de origen australiano en su versión española, que fue estandarizada para México, denominada Children's Depression Scale (CDS), de M. Lang y M. Tisher (año), que consiste en un cuestionario de 66 preguntas de escala Likert. En ella, abundó la especialista de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se miden la parte positiva u optimista, y la parte negativa o depresiva, que es la más grande e importante. Los resultados les sorprendieron porque 20.22% de niños con sintomatología depresiva es un porcentaje muy alto. Alcalá Herrera recordó que en un estudio realizado en 1995 a una población de 150 niños de una sola escuela del Distrito Federal, se encontró que alrededor de 10% presentaba síntomas depresivos (El UNIVERSAL, 2011).

1.2.- Definición

La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor, cuando los síntomas son mayores de 2 semanas, y de trastorno distímico, cuando estos síntomas pasan de un mes (Hernández, 2002).

Chinchilla (2008), a su vez, afirma que los niños se deprimen aunque lo hagan de un modo diferente a los adultos, incluso quizá más allá de los límites de lo normal. La depresión infantil y juvenil es un tema de creciente actualidad en la psiquiatría, aunque la realidad es que por el momento ha ido siguiendo siempre los pasos de la psiquiatría del adulto, “descubriéndose” de forma progresiva en los últimos años o por lo menos delimitándose en extensión. El concepto de depresión en el adulto tiene una dimensión teórica y clínica incuestionable; ahora bien, dicho concepto aplicado a la infancia podríamos calificarlo de relativamente nuevo, ya que hasta los años sesenta el concepto de depresión no era aplicable al niño y fue Rutter el que lo hizo por primera vez en la dimensión aplicable a la del adulto.

Considerada en su dimensión clínica, la depresión no está todavía perfectamente delimitada a nivel conceptual. Buena prueba de ello es el uso alternativo que se ha venido dando a este término. Se puede entender la depresión como un síntoma (humor disfórico), un *síndrome* (y así se habla de cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras, etcétera), o un *desorden*. El humor disfórico puede surgir como síntoma sin causa aparente, o bien aparecer como respuesta a un desajuste o una importante pérdida, o incluso manifestarse sin que necesariamente haya de formar parte de un síndrome o desorden depresivo. La depresión, como síndrome clínico, puede presentarse como algo primariamente bien delimitado o como una forma secundaria, asociada a otras alteraciones psicopatológicas (fobias, ansiedad, alcoholismo, etcétera). La depresión como desorden clínico tiene implicaciones más extensas y vagas que el concepto de síndrome depresivo, puesto que no solo implica la posible existencia

de un síndrome depresivo que causa un determinado grado de incapacidad en el sujeto, sino que manifiesta también ciertas características clínicas específicas vinculadas o no a una historia de depresiones enmascaradas, cuyo diagnóstico no puede hacerse desde la inexistente sintomatología depresiva, pero sí pueden inferirse desde otros síndromes o alteraciones psicopatológicas (Polaino-Lorete y cols., 1988).

1.3.- Características del niño con Depresión Infantil

En este apartado presentamos una revisión de las diversas expresiones sintomatológicas depresivas a lo largo de diferentes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la adolescencia tardía. Se ha clasificado esta amplia etapa del desarrollo en cinco grupos: primer año de vida, del primer al tercer año de edad, edad preescolar (3-5 años), edad escolar (6-12 años) y adolescencia (13-18 años).

En el primer año de vida, los trastornos depresivos y su sintomatología asociada están estrechamente relacionados a los trastornos de la vinculación y la maternidad, el abandono infantil o la psicopatología de los padres. La sintomatología en estas edades se caracteriza por expresión facial sobria, gimoteos, reducción o evitación del contacto visual, inquietud, lentitud motora, dificultades en la alimentación, poco aumento o incluso pérdida de peso, hipersomnia, ansiedad de separación y enfermedades físicas, tales como los trastornos psicofisiológicos, por ejemplo, eccema infantil (un proceso descamativo y asociado a picor que afecta a la piel), dermatitis o alergias. En la siguiente etapa del desarrollo, del primer al tercer año de edad, además de la sintomatología revisada para la etapa anterior, la depresión interfiere en la habilidades evolutivas adquiridas lo que conlleva retrasos en el desarrollo psicomotor (retraso en sostenerse en pie, caminar, correr y en el control de esfínteres), cognitivo (retraso en el desarrollo de la representación del pensamiento simbólico), del sueño (hipersomnia, pesadillas) y del lenguaje. Para describir la sintomatología depresiva en las siguientes tres etapas del desarrollo

enumeradas se ha tomado como referencia la clasificación de Méndez (1998 citado en Figueras, 2006), tal y como se recoge en la tabla 1-3. En ésta, se recoge la sintomatología depresiva presente para cada edad en nueve áreas: estado de ánimo, intereses, alimentación, sueño, motricidad, energía, autoestima-preocupaciones-sentimientos, déficits cognitivos e ideación suicida.

TABLA 1. Características de la sintomatología depresiva según grupos de edad*

Áreas	Edad preescolar: De 3 a 5 años	Edad escolar: De 6 a 12 años	Adolescencia: De 13 a 18 años
<i>Estado de animo</i>	Irritabilidad: rabietas, conducta destructiva. Variabilidad. Tristeza	Tristeza	Tristeza Variabilidad Irritabilidad: Malhumor, ira, rebeldía.
<i>Intereses</i>	Reducción del juego con amigos.	Aburrimiento	Pasotismo
<i>Alimentación</i>	Rarezas: aprensión. Problemas con comida. Pérdida de apetito No ganancia de peso Pérdida de peso Engullir		Pérdida de apetito Ganancia de peso lenta Pérdida de peso Comer en exceso Obesidad
<i>Sueño</i>	Pesadillas Terroros nocturnos Resistencia a irse a la cama. Insomnio intermedio.		Insomnio Hipersomnia
<i>Motricidad</i>	Reducción de la actividad física: correr, trepar, montar en bici.	Hipomotilidad Agitación	
<i>Energía</i>			Cansancio Fatiga Falta de energía
<i>Autoestima</i>	Baja autoestima. Preocupación por el castigo.	Baja autoestima Autodesprecio. Autoagresividad	Preocupación por la imagen corporal. Baja autoestima.

Sentimientos	Preocupación por el fracaso	Autocrítico Sentimiento de culpa.	Autodesprecio.
Déficits cognitivos		Problemas atencionales.	Reducción del pensamiento abstracto. Indecisión.
Ideación suicida	Autoagresiones: cabezazos, arañazos, tragarse objetos... Mayor riesgo de lesiones.	Ideas, planes, intentos de suicidio.	Ideas, planes, intentos de suicidio. Suicidios violentos.

*Las casillas en blanco significan ausencia de variaciones significativas (Tomada de Méndez, 1998, pp. 42 y 43.)

En la etapa preescolar (3 a 5 años), la sintomatología depresiva ejerce su principal influencia en las habilidades adquiridas en la etapa anterior. En la etapa escolar primaria, donde se han realizado mayores estudios, la sintomatología es más verbal y se comparten los sentimientos de tristeza con los demás. En la etapa adolescente es necesario destacar los cambios de humor típico de la adolescencia, comentado con anterioridad, que deben ser diferenciados de la sintomatología depresiva patológica.

En edades tempranas los niños muestran más síntomas de tipo exteriorizado siendo más frecuentes aquellos de tipo no verbal: expresión facial, movimientos corporales, movimientos de cabeza, movimientos expresivos de las manos; sobre los tres años son más comunes la enuresis y las quejas somáticas. A partir de los seis años los síntomas depresivos se van pareciendo cada vez más a los de los adultos, pero tienen, como característica diferencial, la asociación de la sintomatología depresiva con los problemas conductuales. En los adolescentes los síntomas tanto cognitivos como afectivos son interiorizados, y se presentan con mayor intensidad.

Algunos mencionan que a excepción de la frecuencia y severidad de algunos síntomas, las características clínicas de la sintomatología depresiva en niños,

adolescentes y adultos son muy similares. Tan sólo destacar que, en comparación con los adolescentes, los niños muestran más quejas somáticas, agitación psicomotora, ansiedad de separación, fobias y alucinaciones. Los adolescentes, por otro lado, muestran más desesperanza, anhedonia, hipersomnias, cambios de peso e ideación suicida. (Shaffi y Shaffi, 1995; Weiss, Weisz, Politano, Carey, Nelson y Finch, 1992; Weiss y col., 1992; Ryan, Puig-Antich, Ambrosini, Rabinovich, Robinson, Nelson y col., 1987 citados en Figueras, 2006).

1.4.-Diagnóstico

Mojarro (2008) menciona que Weinberg y cols. en 1973 fueron los primeros en utilizar criterios diagnósticos para diagnosticar la depresión en niños de 6 a 12 años. Sus criterios derivaban de los de Feighner en 1972 para trastorno depresivo mayor en adultos. En niños, ellos señalaban: a) ausencia de retardo psicomotor; b) cambio a nivel conductual; c) la hiperactividad podía corresponder a la manía del adulto; y d) los niños mostraban una alta incidencia de fobia escolar, enuresis y temperamento explosivo. En 1980, existe consenso en cuanto a la similitud entre trastorno depresivo del niño y del adulto, lo cual es reflejado en los sistemas de las clasificaciones DSM y CIE, donde no existe distinción entre depresión prepuberal y adulta. Sin embargo, ciertas consideraciones relacionadas con la edad son incluidas. Los criterios diagnósticos de clasificaciones internacionales que se utilizan para las depresiones infantiles son iguales que para el adulto, con algunas matizaciones. En el DSM IV-TR:

Episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable. 2. Disminución

acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día. 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento de apetito casi cada día. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables. 4. Insomnio o hipersomnia cada día. 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día. 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día. 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día. 8. Disminución en la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día. 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto. C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica. E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. Según CIE-10 hay una excepción para trastorno del humor que aparece en niños y adolescentes: trastorno de conducta depresivo.

En los trastornos distímicos:

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año. B. Presencia, mientras está deprimido, de dos o más de los siguientes síntomas: 1. Pérdida o aumento de apetito. 2. Insomnio o hipersomnia. 3. Falta de energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Dificultades para concentrarse o tomar decisiones. 6. Sentimiento de desesperanza. C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante

más de 2 meses seguidos D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la alteración (1 año para niños y adolescentes). E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico. F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son las esquizofrenias o el trastorno delirante. G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a enfermedad médica. H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Especificar si hay: Inicio temprano: si es antes de los 21 años. Inicio tardío: si a los 21 años o después.

1.5. Evaluación

La evaluación del niño con trastorno depresivo es laboriosa, entre otras razones por la dificultad (mayor cuanto menos edad) que tienen los niños en expresar o señalar información relacionada con su trastorno; debido a ello, hay que requerir la información obtenida por padres, profesores y otros adultos que vivan con ellos. Otro factor que complica el diagnóstico es la alta comorbilidad, que es característica de la depresión infantil. Se debe entrevistar al niño solo y con la familia y los padres por separado.

Exploración física completa: Aquí se debe descartar uso de medicamentos y la presencia de enfermedades médicas que puedan desencadenar los síntomas. Se debe incluir pruebas de función hepática, tiroidea y renal, análisis de orina, electrocardiograma y electroencefalograma. Todo ello para descartar enfermedades médicas que presenten sintomatología depresiva y para evaluar el tratamiento.

Entrevista clínica/ de desarrollo: Es en forma de preguntas abiertas, necesarias para valorar el comienzo de los síntomas depresivos y situarlos cronológicamente,

para poder establecer el punto de desarrollo en esos momentos: social, físico, cognitivo, lingüístico y emocional, y su interacción con los acontecimientos vividos. Instrumentos semiestructurados y estructurados: que debido a problemas como la baja fiabilidad en los grupos de edad más jóvenes, discrepancias entre distintos informantes, etc., se apoya abiertamente el uso de las entrevistas con ambos padres y el niño hasta los 14 años. *Las entrevistas clínicas* más usadas son: Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes-Revisada (Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised). Protocolo de entrevista diagnóstica para niños (Diagnostic Interview Schedule for Children). Las escalas y cuestionarios: las escalas de valoración clínica se utilizan para ver la gravedad y seguir los cambios en los síntomas aquí destaca el Inventario de Depresión Infantil (Children's Depression Inventory de Kovacs en 1985). La escala de depresión infantil-revisada (Children's Depression Rating Scale-Revised de Poznanski en 1985). Inventario de depresión infantil (CDI) Kovacs, 1977 y cuestionario español para la depresión infantil, CEDI, de Rodríguez Sacritian y Cardoze, 1997-1982. La evaluación global del funcionamiento del niño puede realizarse por escalas, como la Children's Global Assessment Scale Shaffer, 1983 (Mojarro, 2008).

1.6.- Tratamiento.

Las consideraciones generales son: a) Las estrategias deben ser consideradas individualmente, teniendo en consideración la edad del niño, estado de desarrollo, características de riesgo/ protección. b) Aproximación multimodal incluyendo psicoeducación, psicoterapia individual, intervención familiar, y farmacoterapia. Respecto a qué tipo de tratamiento debe ser de primera elección, existe prácticamente unanimidad en señalar la psicoterapia cognitivo-conductual en depresiones leves y moderadas y la farmacoterapia en depresiones moderadas y severas, depresiones psicóticas y cuando no hay respuesta a la psicoterapia.

Psicoterapias

Psicoeducación. Informar al niño, al colegio y a los padres sobre los síntomas, sus consecuencias, pronóstico, duración del tratamiento y efectos secundarios de la medicación. Enseñar al niño a tener estrategias y a tener adherencia al tratamiento. *Terapia cognitiva-conductual.* Las consideradas más efectivas en depresiones leves y moderadas en niños y adolescentes. *Terapia interpersonal.* Tiene como objetivo disminución de síntomas depresivos y reestructuración de relaciones interpersonales, etc. *Intervención basada en la familia.* Intervenciones basadas en la familia como: terapia niño-padres, terapia familiar y entrenamiento en la interacción padre-niño son particularmente importantes en niños preescolares con síntomas depresivos. La medicación no es apropiada en este grupo de edad.

El Tratamiento Psicofarmacológico

Inhibidores de la recaptación de serotonina. Los ISRS están considerados el tratamiento farmacológico de elección para la depresión por su favorable perfil de efectos secundarios, El pronóstico a largo plazo de los trastornos depresivos de inicio en la infancia es motivo de gran importancia. Los ISRS se consideran fármacos de 1ª elección por su eficacia, pocos efectos secundarios, etc. Entre ellos los más recomendables son la fluoxetina, sertralina y paroxetina (en adolescentes). su facilidad de uso, su idoneidad para el tratamiento de mantenimiento, su baja mortalidad tras sobredosis y su eficacia. Los más usados en niños son: Fluoxetina. Ampliamente usada. Hay que comenzar siempre con dosis bajas. Generalmente, existen buenos resultados y pocos efectos secundarios. Se demuestra efectividad sobre placebo en tres estudios randomizados controlados. Superior a tratamiento cognitivo conductual aislado en adolescentes, pero fluoxetina más tratamiento cognitivo-conductual más eficaz que cualquiera de los dos tratamientos de forma aislada. Sertralina. Segura y eficaz y frecuentemente usada en TOC en niños y adolescentes. Efectiva en jóvenes de 6 a 17 años en dos estudios controlados randomizados. Otros estudios, que combinan con TCG (terapia cognitiva conductual) en adolescentes

depresivos, indican que TCG es superior a dosis bajas de sertralina y tratamiento combinado no era superior a cualquier tratamiento aislado. Paroxetina. Bien tolerada y eficaz en adolescentes. Pocos estudios. Otros ISRS, como citalopram, inhibidores de recaptación de norepinefrina e inhibidores de recaptación de serotonina y dopamina, son ampliamente usados en adultos pero, debido a la poca evidencia de sus beneficios en niños, no indicados en menores de 16 años. Antidepresivos tricíclicos. Debido a que en muchos trabajos no se demuestra su eficacia sobre placebo en niños y por sus efectos secundarios actualmente, no se contempla como primera vía de elección (Mojarro, 2008).

2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION INFANTIL

Etiopatogenia: Tanto factores biológicos (alteraciones en serotonina, niveles de cortisol, etc.) como ambientales (acontecimientos vitales estresantes, ambientes familiares, etc.) están implicados en la etiopatogenia de los trastornos depresivos en la infancia.

2.1.- Ambientales.

En los ambientes familiares (Mojarro, 2008) menciona que se han realizado estudios de adultos depresivos, hijos de padres depresivos, y jóvenes depresivos muestran que sus interacciones familiares estaban caracterizadas por más conflictos, menos expresión de afectos, más problemas con comunicación, más abusos y menos apoyo. Enfermedad afectiva parental incrementa la proporción de psicopatología en los niños de esos padres por la vía de la predisposición genética, interacción mal adaptativa padres hijos, conflictos maritales y cronicidad y severidad de la enfermedad de los padres. Depresión materna está significativamente asociada con depresión en el adolescente. Acontecimientos vitales estresantes. Existe una modesta pero significativa relación entre acontecimientos vitales estresantes y depresión. Entre ellos los más destacados son:

El maltrato (tanto físico como sexual) es un significativo factor de riesgo para el desarrollo de gran número de problemas, incluidos: vínculo inseguro, habilidades de autorregulación emocional y conductual, bajo funcionamiento cognitivo, pobre adaptación al colegio, retraso del lenguaje. La muerte de un familiar cercano afecta dependiendo de la edad. Niños entre 3 y 6 años presentan depresión como reacción. Aproximadamente, 1/3 de los niños prepuberales manifiestan signos clínicos de depresión mayor. Ante el divorcio, dependiendo de la edad, niños preescolares muestran regresión, ansiedad y llamadas de atención; en media infancia, el niño se muestra depresivo, con miedo a que el padre o la madre sean reemplazados. En adolescentes, la separación tiene un fuerte efecto, puede tener depresión severa, rabia, etc.

Diversos investigadores mencionan la importancia que tiene el ambiente familiar para el desarrollo de este trastorno. Entre los principales aspectos que han sido identificados como factores de riesgo destacan la presencia de problemas de comunicación entre padres e hijos (Estévez, Musitu y Herrero, 2005; Jiménez y cols., 1999).

Villanueva (2008) a partir de su trabajo en el CECOSAM de Iztapalapa, recalca que de los 0 meses hasta los 3 años se desarrollan todos los elementos básicos con los que el niño va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos y motivaciones. El apego con el que la madre y el hijo se improntan mutuamente es el vínculo de una adecuada integración social y personal del niño. La depresión materna es un factor de riesgo asociado al desencadenamiento de una depresión en el niño. Las buenas relaciones con los padres es un elemento protector. La construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño. La capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración como también la prevención primaria de la Depresión Infantil (D.I). La localización precoz de cualquier deficiencia de aprendizaje en el niño para evitar la posibilidad de algún trastorno afectivo que precipite una depresión infantil.

Según Hernández (2002), La familia es el entorno más intermedio del niño, su microcosmos y en sus cuidados, y atenciones se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto humano, pero no solo su supervivencia física, sino personal ya que el niño desde los 0 meses hasta los 3 años, desarrolla todos los elementos básicos con los que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos y motivaciones.

El apego con el que la madre y el hijo se improntan mutuamente es el vehículo de una adecuada integración social y personal. Los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la depresión; así como un apego seguro es la meta ideal de prevención de la aparición de depresión infantil. Así mismo la depresión materna aparece claramente definida

como uno de los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de una depresión en el niño.

Más tarde también son indispensables para el desarrollo emocional del niño las buenas relaciones con los padres. Una y otra vez numerosos expertos han señalado como las malas relaciones con los padres son la fuente específica de muy diversos problemas infantiles, y también claro está la depresión.

En relación con la familia también se ha estudiado el puesto que se ocupa entre hermanos. En muchas investigaciones aparece la posición intermedia como las más vulnerables a desarrollar trastornos de tipo emocional. Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la depresión infantil.

Se realizó una investigación donde estudiaron la depresión infantil en relación con la calidad de vida (en vez de atmósfera familiar) de alumnos de bajo rendimiento escolar con una muestra de 372 escolares de ambos sexos, utilizando el Cuestionario de Depresión para niños de Lange Ysher; y la Prueba de Calidad de vida de Ohon y Bames, observando en aquellos alumnos un mayor nivel de depresión, mayor afectividad, baja autoestima y dificultad en su interacción social. En los resultados obtenidos se observa diferencia estadísticamente significativa en el puntaje total de depresión entre los alumnos de bajo rendimiento escolar y alumnos de alto rendimiento escolar. Los alumnos de bajo rendimiento presentan mayor nivel depresivo. No se observó diferencia estadísticamente significativa en el factor "Calidad de vida" entre los alumnos de bajo rendimiento escolar y alumnos de alto rendimiento escolar. No se observa correlación entre "Calidad de vida" y "Depresión" en alumnos de bajo rendimiento escolar. No se observa correlación entre "Depresión" y el bajo rendimiento escolar en la muestra estudiada. Desde el punto de vista de los factores que integran la prueba de "Depresión" se puede observar lo siguiente: Se observa diferencia estadísticamente significativa en: Respuesta afectiva, a favor de los alumnos de

bajo rendimiento escolar. Problemas sociales, denotando dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad en el escolar de bajo rendimiento. Autoestima, observándose dificultades en los sentimientos, conceptos y actitudes del alumno de bajo rendimiento escolar en relación con su propia estima y valor personal. Preocupación por la Muerte-Salud, el cual alude a los sueños y fantasías del alumno de bajo rendimiento escolar en relación a su preocupación por una probable enfermedad. Se puede decir que las características depresivas son más encubiertas, más internas en alumnos de bajo rendimiento escolar, ya que en los aspectos de su relación con los demás "Calidad de vida" no se observa diferencia estadísticamente significativa. No se observa diferencia estadísticamente significativa en los factores depresivos: Animo-alegría. Sentimiento de culpabilidad y Depresivos varios (Burles, 1998).

Una investigación sobre este tema es el que realizaron Restrepo-Restrepo, Vinaccia y Quiceno (2011) que tuvo como objetivo evaluar las relaciones entre la resiliencia, la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud en 36 adolescentes escolarizados de la ciudad de Medellín, Colombia. El diseño del estudio fue exploratorio-correlacional-transversal. Se utilizaron como instrumentos de medida el cuestionario de calidad de vida infantil Kid-Kindl, la escala de resiliencia para adolescentes ARS y el inventario de depresión infantil CDI. Los resultados a nivel descriptivo evidenciaron una calidad de vida favorable, altas puntuaciones de resiliencia y niveles clínicamente no significativos de depresión infantil. En el análisis de regresión lineal múltiple se encontró que la dimensión regulación emocional de la escala ARS tuvo un peso positivo sobre la calidad de vida mientras que la depresión infantil tuvo un peso negativo sobre esta variable. En conclusión, la percepción de calidad de vida en los adolescentes puede verse modulada positiva o negativamente por la resiliencia y la depresión.

2.2.- Escolares

En este sentido, algunos estudios han encontrado que la presencia de trastornos depresivos están asociados a problemas que influyen en el rendimiento escolar como el surgimiento de un sentimiento de incapacidad para afrontar las exigencias académicas y poco entusiasmo frente al trabajo escolar (Campo-Arias, González, Sánchez, Rodríguez, Dallos y Díaz-Martínez, 2005); también se ha visto una relación entre la depresión y la baja autoestima, expectativas negativas acerca del éxito académico (Buela-Casal, Carretero-Dios y Macarena, 2001).

Esta relación, aunque está avalada muy débilmente a nivel científico, se percibe con cierta normalidad al ser la escuela el lugar donde transcurre gran parte de la vida en la infancia. Es por ello por lo que encontramos, frecuentemente, demandas de *Depresión infantil y rendimiento académico: un estudio comparativo entre casos y controles* 91 estudios más exhaustivos al respecto, como Párraga (1990) que señala que resulta urgente esclarecer las posibles relaciones entre la depresión y el ámbito escolar, puesto que aquélla puede afectar de forma importante a factores asociados al aprendizaje, como el rendimiento escolar, el comportamiento en el aula, la interacción con otros compañeros y con el profesorado, etc.. Psicosocialmente, la escuela y los estudios son factores frecuentemente estresantes para la vida del niño(a), tanto por las expectativas sociales y familiares que se forjan en torno a las notas sobre el rendimiento, como por las excesivas demandas escolares. Las notas escolares son el elemento por el que el niño/a es más valorado: es estimado socialmente, admirado por sus compañeros/as y premiado por el profesorado y la familia. Al contrario, el alumnado que suspende es rechazado, ridiculizado y muchas veces castigado. Estas circunstancias otorgan al niño(a) una excesiva responsabilidad, acompañada generalmente de estados estresantes, posibles generadores de depresión. En el ámbito escolar, el niño(a) que fracasa reiteradamente se automargina, descendiendo con ello su autoestima y el nivel de sus aspiraciones, evita reunirse con chicos/as que tienen mejores calificaciones, inhibiendo con ello

su comportamiento social, entre otros. Todo ello supone un debilitamiento en su motivación y un fuerte desvalimiento frente a las situaciones. En consecuencia, lo que inicialmente es un fracaso ocasional, transitorio, puede mutarse en un hábito comportamental, que moldea y configura la aparición de un estilo cognitivo depresógeno.

Un estudio comparativo con dos grupos diferenciados: uno con presencia de síndrome depresivo y otro sin él, con el objetivo de intentar esclarecer algunos aspectos relacionados con el binomio depresión-rendimiento, y aislar factores de riesgo cara a la prevención futura. Las variables estudiadas fueron: depresión, rendimiento académico, agrado hacia el centro escolar, inteligencia, inhibición social y personalidad. A la conclusión que llegaron fue que los niños y niñas con síndrome depresivo se caracterizan por: presentar más síntomas de neuroticismo y rigidez en el estudio, ser menos extrovertidos y menos líderes, ser más inhibidos, tener menos habilidades intelectuales, tienen más probabilidades de suspender y presentan mayores sentimientos de desagrado hacia el centro escolar. Si bien la influencia del bajo rendimiento en la modulación de cuadros depresivos no resultó ser tan relevante en este estudio, una reflexión de conjunto nos permitió considerar que sí la escuela (relaciones, roles, expectativas... que se generan en ella) es un factor determinante (Pérez y Jiménez, 1999).

En una investigación realizada por Cajigas-Segredo y cols. (2010) sobre algunos mecanismos psicológicos involucrados en la violencia de adolescentes (los sentimientos de ira, depresión y las conductas agresivas). Los datos aquí descritos provenientes de centros educativos de la enseñanza secundaria pública de Montevideo, responden al interés y la necesidad de la comunidad de resolver los desafíos planteados por la depresión juvenil que, muy frecuentemente, y sin llegar al suicidio o su intento, está asociada con la violencia en la educación. Se apunta al diagnóstico, prevención y desarrollo de intervenciones para mejorar la calidad de vida de los jóvenes, sus familias y centros de estudio. Se administró a seiscientos estudiantes de 11 a 17 años de nivel socio-económico medio-bajo de

un liceo público del Montevideo suburbano, el Children's Depression Inventory (CDI, Kovacs) tomado de la traducción y validación españolas y factorizado y validado en Uruguay por estos autores con propiedades psicométricas mayoritariamente satisfactorias. La prevalencia de la depresión alcanzó un 15% de la muestra. Con respecto al género, se confirmaron puntuaciones más altas en las chicas en la Puntuación Global y las dimensiones identificadas. Solamente el *factor Ineficacia* se presenta independiente del género sugiriendo una problemática adolescente específica. La conclusión a la que llegaron es que la depresión evoluciona dependiendo del género y aumenta significativamente con la edad consistentemente con parte de la literatura que destaca un incremento en la población femenina posterior a los 12 años. Aunque no hubo diferencia inter género en los estudiantes *no deprimidos*, entre los *moderados* y *severamente deprimidos*, las chicas son el doble de los varones con variaciones por factor.

2.3.- Biológicos- Bioquímicos.

Se basan en *estudios de agresión familiar*, estudios de familiares de niños de padres depresivos señalan que éstos tienen tres veces más probabilidad de tener a lo largo de su vida un episodio de trastorno depresivo mayor que los niños de padres no depresivos. El riesgo a lo largo de la vida de estos niños de padres depresivos se estima que va de un rango de 15-45%. El riesgo es mayor cuando ambos padres tienen trastorno del humor asociado con temprana presentación y recurrencia. Cuando la depresión ocurre antes de los 20 años, está fuertemente relacionada con la familia. El mecanismo del peso familiar está relacionado con el efecto genético directo sobre el sistema que regula el humor.

Se han implicado varios sistemas de neurotransmisores en la depresión, como el sistema noradrenérgico, serotoninérgico, colinérgico y dopaminérgico. La teoría de monoamina de depresión establece que la depresión puede ser debida a deficiencia de neurotransmisores, especialmente a la depleción de nor-epinefrina y serotonina. *Hormona del crecimiento*. Niños con depresión mayor tienen un

aumento de secreción de hormona del crecimiento (GH) durante el sueño. Muchos mecanismos pueden explicar el incremento en la secreción de GH, los dos mecanismos mayores son: a) déficit funcional del sistema hipotalámico serotoninérgico (inhibidor nocturno de GH) y b) incremento en actividad colinérgica (sistema que incrementa la secreción nocturna de GH) (Mojarro, 2008).

Centro Londres 94 en uno de los cursos que brinda sobre Depresión Infantil dan como explicación 3 posibles motivos: Por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral). Por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento). Por efecto de la herencia (caso de padres depresivos). Desde el descubrimiento de la acción antidepresiva de la imipramina, por *Roland Kuhn* en 1958, ha sido posible investigar las bases bioquímicas de los trastornos depresivos. Existe un problema de neurotransmisión, con déficit en la función neurotransmisora de la serotonina y/o las catecolaminas noradrenalina y dopamina. El fenómeno puede estar causado por un bajo nivel de síntesis de los neurotransmisores, un exceso de destrucción (por los enzimas monoaminoxidasa y/o catecolaminortometiltransferasa), un exceso de recaptación por la primera neurona, una mala utilización por baja permeabilidad de los receptores de la segunda neurona, o un déficit de transmisión en esta segunda neurona (fallo del segundo mediador). Es razonable pensar que todos los mecanismos citados están involucrados, ya sea de forma primaria o secundaria.

La depresión es una enfermedad orgánica. Muchos de sus síntomas son psíquicos, pero otros (astenia, trastornos del sueño, falta de concentración, etc.) afectan a la esfera física. Las depresiones, todas las depresiones, tienen un claro componente bioquímico cerebral. Desde 1978 y a través de los trabajos de *Joaquín Puigantich* (Director del Servicio de Investigación Clínica en Psiquiatría Infantil, Columbia University) se comprueba que las depresiones infantiles responden a similares parámetros biológicos que las depresiones en adultos. En la siguiente tabla se exponen los marcadores biológicos más frecuentes:

Hallazgos biológicos más importantes en depresión.

Prueba	Técnica	Valoración
<i>DST</i>	Supresión de cortisol con dexametasona. Administración de 1 mg de dexametasona a las 23 horas. Valoración a las 16 horas del siguiente día.	Cifras superiores a 5 mg/dl expresan no supresión de cortisol. Positivo en cuanto a depresión mayor. Índice de buena respuesta al tratamiento biológico.
<i>GH (Hormona del crecimiento)</i>	Inducir secreción de hormona del crecimiento mediante hipoglucemia (insulina) o clonidina.	Respuesta pobre es índice de depresión.
<i>Estimulación con TRH</i>	Inyección I.V. de 500 mg de TRH (hormona liberadora de tirotrófina) que produce un aumento de la LH sérica.	Menos de 7 m UL/ml de aumento sobre el valor inicial: respuesta débil que se asocia a depresión.
<i>Polisomnografía (sueño)</i>	EEG, ECG, EOG (electrúculografía), EMG, expansión torácica, ingurgitación peneana, saturación de oxígeno, movimiento corporal, temperatura corporal, RGC (respuesta galvánica cutánea).	Hiposomnia (85% de pacientes) Disminución del sueño de onda lenta (delta) y estadios 3 y 4 del sueño más cortos. Tiempo de latencia de los REM acortado. Proporción de REM en la primera parte de la noche aumentada. Mayor densidad de REM total.
<i>Determinación de metabolitos de catecolaminas en LCR u orina</i>	5HIAA, en LCR 5HIAA (ácido 5hidroxi indol acético), HVA (ácido homovanílico) y MHPG (metoxi 4 fenil etilen glicol) en orina.	5HIAA bajo en LCR se asocia a conducta violenta o depresión con ideas graves de suicidio. Metabolitos bajos en orina (especialmente MHPG) se interpretan como signo.

* TABLA 2. Muestra las pruebas biológicas que existen para diagnosticar depresión.

La evidencia disponible muestra que la depresión ocurre cuando hay una desregularización de los sistemas aminérgicos del haz medio del cerebro frontal (sistema de recompensa) y del sistema periventral (sistema de castigo), que afecta a la motivación para la búsqueda del placer y del apetito. La noradrenalina y la serotonina son los principales neurotransmisores implicados, puede que también la acetilcolina. Originalmente se pensó en una disminución de estos neurotransmisores. Actualmente se piensa en se debe a una reducción de la sensibilidad postsináptica de los receptores, los psicofármacos aumentarían dicha

sensibilidad. Se han utilizado tres tipos de fármacos para poner a prueba estas hipótesis:

- Antidepresivos tricíclicos (imipramina, Tofranil), aumentan la sensibilidad de los receptores postsinápticos, especialmente de la noradrenalina.
 - Los IMAO (inhibidores de la monoamino -oxidasa, como la Fenelzina, Nardil), impide que se inhiba la liberación de la enzima monoamino oxidasa aumentando sus niveles en el espacio intersináptico.
 - Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (como la fluoxetina, Prozac), impiden su reabsorción en la membrana presináptica aumentando sus niveles.
- ∞ Los resultados muestran su eficacia a la hora de aliviar la depresión en adultos (por encima de los 2/39, pero son claramente ineficaces en niños y adolescentes (Nossa, 2006).

3. PSICOLOGÍA CONDUCTUAL Y DEPRESIÓN INFANTIL (COGNITIVO- CONDUCTUAL)

La perspectiva Conductual, cree que la depresión infantil se produce por falta de reforzamientos: a través de la ausencia de refuerzos, deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño.

En principio, que significa “cognitivo” o “cognición”. En términos bastante simples, *cognición* es pensar, conocer y percibir. De esta manera, el proceso de la cognición es el acto de pensar y de percibir en el contexto de lo que se conoce en términos de nuestro pasado, presente y futuro. Lo que se conoce puede ser real y preciso, o puede ser irrealista y distorsionado. Estas percepciones fomentan cierta clase de pensamientos, los que subsecuentemente llevan a sentimientos y conductas específicas congruentes con la calidad de pensamientos. La teoría cognitiva indica que la manera como se piensa es una razón importante para el desarrollo y el mantenimiento de la depresión.

Hay algo de controversia respecto al hecho de que los niños (dependiendo de su nivel de desarrollo) puedan utilizar las técnicas cognitivas para el mismo propósito que en el caso de los adultos. No obstante, la investigación ha demostrado que los niños diagnosticados con depresión, pueden usar de una manera muy efectiva las técnicas cognitivas como una manera de identificar sus patrones negativos de pensamiento (Dujovne, 1992; Nelson, 2003).

En los últimos años, y, principalmente desde posiciones cognitivo- conductuales, se han desarrollado varias teorías que pretenden explicar la depresión. Entre tales intentos destacan la teoría de la indefensión/ desesperanza de Alloy en 1990, la teoría de la pérdida del objeto de apego de Bowlby 1969, 1973 a 1980, el modelo de redes asociativas de las relaciones entre emoción y cognición de Bower en 1981, la teoría de las autodiscrepancias de Higgins en 1987 o la teoría de Williams, Watts, MacLeod y Mathews en 1988, pero, sin lugar a dudas, la teoría más influyente y que ha servido de inspiración a buena parte de las demás es **la teoría cognitiva de Beck** (Beck y Emery, 1985 citado en Sanz, 1993).

La terapia cognitivo-conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Yapko, 2006). En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

3.1.- Definición de Depresión Infantil

Hace cuatro décadas, Skinner en 1953 postuló que la depresión era el resultado de un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias establecidas de la misma manera que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como una reducción de la frecuencia de emisión de la conducta ha sido básica para todas las posiciones conductuales. Ferster en 1966 proporcionó más detalles sugiriendo que factores diversos tales como cambios ambientales repentinos, el castigo y el control aversivo, y cambios en las contingencias de reforzamiento pueden dar lugar a la depresión, es decir a una tasa reducida de conducta. Costello propuso que la depresión se debía a la ruptura de una cadena de conductas causada probablemente por la pérdida de uno de los reforzadores de la cadena. Este autor planteó que la eficacia del refuerzo para todos los componentes de la cadena de conductas es contingente con la terminación de la cadena. Así, cuando se rompe una cadena de conductas, hay una pérdida de la eficacia del refuerzo asociada a todos los componentes de la cadena. Afirma que la pérdida de interés general en el ambiente por parte del sujeto deprimido constituye una manifestación de esta disminución de la eficacia del reforzador. (Caballo, 2007).

Hernández (2002), dice que durante un largo periodo de tiempo la comunidad científica, por estrictas razones teóricas, sostenía que la Depresión Infantil no existía (coincidiendo con la poca importancia que se le daba a la salud mental de

los niños). Sin embargo, en el mundo real existían niños deprimidos y algunos clínicos empezaron a revelarse contra la ortodoxia que vetaba la posibilidad de su existencia. Esto empezó a ocurrir hacia los años 40 en distintos campos de la psicología aplicada, y comenzaron a aparecer estudios relacionados con la depresión infantil, bajo los nombres de Akerson, Spits y Bowlby entre otros.

Por su lado, Lars (1986), menciona que existen dos formas principales de considerar la depresión en términos de la teoría del aprendizaje. La depresión se ve como el resultado de un acceso limitado a acciones que proporcionan un refuerzo positivo (recompensa), quizá porque el individuo es incapaz de llevar a cabo una acción que le brinde recompensas. Entonces se desencadena la depresión, por la pérdida del refuerzo positivo o por la experiencia del castigo (refuerzo negativo), o por ambas cosas. Algunos partidarios de esta escuela siguieron argumentos socio-psicológicos. Ullam y Krasner en 1969 (citado en Lars, 1986) señalan que nuestra sociedad tiene pocos papeles sancionados que ofrecen a aquellos para quienes la vida carece de significado, existe el riesgo de que el papel depresivo se vuelva crónico en quienes no encuentran acciones y objetos alternativos y su comportamiento anterior ya no les proporciona un refuerzo positivo. La conclusión fue que es probable que se deprima una persona que cuenta con un repertorio limitado de comportamiento al que puede volverse en una diversidad de situaciones, si ya no puede obtener un refuerzo positivo de su tipo particular de comportamiento. Beck, define la depresión como "un estado anormal del organismo que se manifiesta a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y nihilistas, una pérdida de la espontaneidad y señales vegetativas específicas". Para Beck lo más característico del trastorno depresivo es lo que denomina la triada cognitiva: visión negativa sobre uno mismo, visión negativa de su entorno y visión negativa acerca del futuro.

Martin Seligma es el defensor en la teoría del aprendizaje, la depresión se ve como el resultado de una pérdida de control sobre los medios de obtener un refuerzo positivo o negativo. A esto lo llama *estado de desamparo aprendido*.

Admite que el desamparo aprendido solo corresponde a lo que se conoce como depresión reactiva, y aún entonces se aplica principalmente a casos en los que el sujeto carece de iniciativa, tiene una sensación de impotencia y sustenta una opinión desalentadora del futuro. A pesar de esta limitación, el concepto de desamparo aprendido se ajusta a una gran proporción de los deprimidos, es decir, la gente ve el triunfo y el fracaso fuera de su control y sin relación con sus propias acciones.

En la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009) hacen mención sobre los modelos cognitivo y conductual de la depresión parten de supuestos diferentes para explicar el origen y mantenimiento del trastorno, se denomina terapia cognitivo-conductual (TCC) a la modalidad de terapia que comparte técnicas cognitivas y emplea de forma sistemática técnicas conductuales. La TCC cuenta con el mayor número de estudios publicados, tanto en adultos como en niños y adolescentes.

3.2.- Características del niño con Depresión Infantil

Basándome en la teoría cognitiva de Beck (1983) él identifica tres procesos que explican la depresión: *la llama triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.*

La triada cognitiva se plantea que es central con relación a como una persona (un niño, en este caso) se percibe a sí mismo, a su ambiente y a su futuro.

- EL niño se ve a sí mismo de una manera negativa y de este modo se siente inútil, privado o inadecuado. Por ejemplo, es el caso del niño que habla de que no le agrada a nadie y que siente que nunca puede hacer bien las cosas. *“¿Por qué me sacaron del equipo de fútbol? El entrenador nunca me toma en cuenta. Prefiere a otros niños. No soy bueno para nada”.*
- Interpreta su interacción con su mundo y su ambiente de manera negativa. Por ejemplo, cualquier cumplido positivo o el esfuerzo de una persona para

acercarse a este niño es mal percibido como una muestra de falsedad. *“Lo hace por compasión. Seguramente le doy pena”*

- El niño ve el futuro como negativo. Por ejemplo, cuestiona el hecho de que vaya a ser exitoso en el futuro o se siente condenado. *“No voy a terminar el colegio. Siempre me desaprobarán en matemáticas. Mis papás se pelearan por mi culpa”.*

Esta triada parece ser muy prominente en los niños de hoy. Los padres no tienen que culparse por esto. Si se toma en consideración las circunstancias actuales y las amenazas reales a las vidas de los niños, se puede comprender mejor porque estos tienen dudas respecto a sí mismos y a su futuro.

Los esquemas se objetivan cuando una persona reacciona de un modo consistente a estímulos similares en diferentes situaciones. De esta manera, un niño puede experimentar una situación y responder cognitivamente a ella de una manera negativa. Subsecuentemente, después de varios meses o años, puede surgir una situación similar y el niño responderá de la misma manera negativa. EL esquema es la manera en que el niño percibe una situación, es decir, es una manera consistente en que el niño responde cognitivamente frente a una situación.

Según Beck, los esquemas cognitivos depresivos asumen la forma de estándares rígidos y perfeccionista para emitir juicios acerca de uno mismo y respecto a otros. Se plantea que estos esquemas (llamados también actitudes disfuncionales) interactúan con eventos negativos de vida para producir la depresión. Por ejemplo, un niño pudiera sostener una actitud disfuncional como, “no valgo nada si no tengo quien me cuide y me quiera”. Cuando sucede un evento estresante relevante al esquema (pérdida de los uno de los padres por abandono, separación o muerte), se activa el esquema negativo, lo que a su vez produce cogniciones negativas y depresión.

El niño sin depresión o con una ligera depresión, puede ver la situación más objetivamente y pensar en lo que la circunstancia total significa para él. Los niños más deprimidos responden de una manera más negativa, utilizando muy pocos criterios objetivos en la interpretación de la situación. De este modo, hay muy poca conexión entre lo que verdaderamente sucedió y sus pensamientos negativos al respecto. Esta clase de patrones conduce al pensamiento distorsionado (Underwood, 2003).

Los pensamientos negativos y las creencias maladaptativas han sido descritas como errores de pensamiento y distorsiones cognitivas (Weinten 1997; Burns 1990, citado en Silberman y Agudo, 2005).

Burns (1990) y Soutullo (2005) concuerdan con las siguientes **distorsiones** habituales. Mencionan que estas distorsiones llevan a los niños a pensamientos irrealistas y a seguimientos negativos.

Pensamiento *“todo o nada”*, con esta distorsión, los niños experimentan algo que les sucede en sus vidas que no les sale del todo bien y llegan a desalentarse porque demandan que su desempeño tiene que ser perfecto. Así, por ejemplo, un niño puede obtener un 9 en una prueba de matemáticas. Y en lugar de estar contento por esta buena nota, comienza a pensar en qué ha fallado. No tiene en cuenta para nada las otras cuatro notas de 8 y 10 que ha obtenido en las pruebas previas de matemáticas o en el hecho de que un 9 es una nota perfectamente buena. Si un niño piensa de esta manera, es aplaudible que los padres descubran en sí mismos un sentimiento de perfeccionismo, en la medida que el niño aprende este modo de pensamiento de sus padres. Si éste no obtiene una buena nota probablemente se sentirá abatido de no ser tan perfecto y pensará *“Si no soy perfecto, entonces soy exactamente lo opuesto. Soy imperfecto”*.

La *sobre generalización* se hace evidente cuando un niño cree que si algo sucede en una situación entonces todas las situaciones que son similares llevarán a las

mismas consecuencia. De este modo, un niño puede creer que debido a que una vez tuvo problemas para declamar un poema al frente de la clase, siempre tendrá problemas para hacer algo similar. Tal vez alguna vez erró un tiro penal. Ahora está convencido de que cada vez que le toque patear un tiro penal lo hará mal. Este tipo de pensamiento negativo puede llevar a que un niño crea que no puede tener éxito en ciertas cosas, ocasionándole la evitación de situaciones similares.

El filtraje, se activa cuando un niño solamente puede ver lo negativo en una situación dada. Por ejemplo, Mary fue a la fiesta de su amiguita Leslie y se divirtió de lo lindo, bailó, jugó, comió dulces, cantó y cogió varios juguetes de la piñata. Solo que uno de los niños, al momento de abalanzarse sobre las sorpresas de la piñata, la golpeó muy fuerte en la cara hasta hacerla llorar. Más tarde, cuando su mamá le preguntó cómo le había ido en la fiesta, Mary le contestó “muy mal, mejor no hubiera ido”.

El *descontar lo positivo*, se ve en los padres más que en sus niños. Hablando de una manera general, puede ponerse de manifiesto cuando alguien hace un cumplido y la persona que lo recibe lo minimiza. De esta manera, el profesor de un niño le dice a su madre que ha hecho un buen trabajo ayudando en la fiesta del día del padre. Realmente, ella le ha dedicado varios de sus días a organizar la fiesta, pero cuando el profesor puntualiza este hecho, su respuesta es, “*No tiene importancia, cualquiera pudo hacer esto*”. Otra cosa que se hace evidente en la práctica es que los padres minimizan lo positivo también tienen mucha dificultad para proporcionar feedback positivo a sus niños. Si los padres no se sienten bien respecto a lo que están haciendo, es poco probable que tengan motivación y la energía suficiente para ayudar a su niño a sentirse bien respecto a lo que éste hace.

Saltar a conclusiones, este es uno de los tipos más comunes de pensamiento distorsionado que se ve tanto en padres como en niños. En los padres funciona cuando se decide algo acerca de alguien o respecto a algún suceso sin ninguna

evidencia para fundamentar la opinión. Underwood (2003), proporciona el siguiente ejemplo: “Vamos a suponer que un padre asiste por vez primera a la conformación de un nuevo equipo de fútbol. Algunos de los jugadores que ya se han conocido desde el año pasado hacen un grupo y hablan entre sí. Ellos vienen hacia el nuevo padre y se presentan y luego retornan a la conversación que estaban sosteniendo con relación a quienes conformarán el equipo titular. Ellos automáticamente no incluyen a la nueva persona en la lista e inadvertidamente lo obvian. El padre en cuestión no dice nada y ellos tampoco lo hacen. Él ha decidido, sin comprobarlo, que los otros padres han elegido dejarlo fuera, y ha hecho un rápido juicio de que ellos deben ser personas envidiosas y egoístas. En el futuro este padre encontrará que le es muy difícil ir a los juegos porque está convencido de que a los otros padres no les debe agradar. Su niño, por otro lado, puede ir al juego y prejuizar que no hay manera en que él se desempeñe bien. Tiende a preocuparse y a formular inferencias arbitrarias, “¿Y si los otros niños se burlan de mí? ¿Y si no atajo un tiro?”. Desafortunadamente, esta suerte de predicción puede terminar resultando una verdad. Es algo así como profecía auto-cumplida.

La *magnificación*, sobrevalora o infravalora el significado o las consecuencias de una situación, cualidad personal, suceso de la vida diaria, o posibilidad futura. Deriva del pensamiento absoluto.

El *razonamiento emocional*, se ve mucho en los niños que están algo deprimidos o ansioso. Ellos arriban a conclusiones basados estrictamente en cómo se sienten. Por ejemplo el niño que se siente solo puede concluir que no debe agradar a nadie, aun si hay evidencia para lo contrario, es decir, que está reaccionando ante las emociones que está experimentando más que ante los hechos reales y evidentes.

Las *afirmaciones de debería*, sucede cuando los padres siempre están diciéndoles a sus niños lo que deberían o tendrían que hacer. Los padres que utilizan muchas afirmaciones “deberían” con sus niños frecuentemente se sienten muy

desdichados como padres. Siempre están coléricos y sus niños siempre están sintiendo tristes o malos hijos. Esta demanda fomenta un niño que se sienta culpable debido a que cree que no puede satisfacer los deberes y las expectativas de sus padres. Por extensión, los niños terminan haciendo uso de los tres principales “debo” o debería absolutos: 1) Yo debo..., 2) él/ella debe..., 3) El mundo y las condiciones bajo las que vivo deben...

El *etiquetaje* consiste en asignar un nombre general o una etiqueta social global a uno mismo o a los demás casi siempre designándolos con el verbo “Ser”. Esto produce una visión estereotipada e inflexible del mundo y de las personas.

La *personalización y culpa*, consiste en el hábito de relacionar, sin una base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo. Los padres son notables para este tipo de pensamientos distorsionados. Con frecuencia se culpan por alguna cosa negativa que le ha sucedido al niño. Los niños también se culpan a sí mismos cuando las cosas no van bien en su familia. No es poco infrecuente que un niño se culpe cuando sus padres se divorcian. “Si tan solo hubiera sido bueno, ellos no se hubieran divorciado”. Un tipo de personalización consiste en el hábito de compararse con otras personas de manera frecuente. “Soy menos sociable que José”.

Es importante darse cuenta que hay momentos donde las percepciones de un niño son muy precisas y realistas, y es una respuesta normal el que se sienta colérico o deprimido. También hay momentos donde una enfermedad, el divorcio, los problemas en el aprendizaje o la pérdida de amigos son buenas razones para que un niño se encuentre deprimido. Lo que se espera de las técnicas cognitivas es que ayuden a un niño a tener esperanzas y fuerza para manejar estas situaciones. Los padres que tienen una buena relación con sus hijos, reconocen cuando su niño está luchando verdaderamente con una situación estresante, pero también deben asegurarse de que su niño se encuentre adecuadamente equipado para manejar esta circunstancia.

3.3.- Evaluación

En la evaluación cognitiva-conductual se examina cuidadosamente el caso mediante la entrevista y observación clínicas, registro, auto registros y diversos instrumentos estandarizados. Se formulan hipótesis acerca de los problemas que presenta la persona y se trazan los objetivos del tratamiento. Las causas a menudo determinan la elección de las estrategias terapéuticas a utilizar. Sin embargo, es en el contexto de investigación, más que en el clínico, donde se procura identificar dichas causas. La clínica constituye el ámbito de aplicación de los conocimientos que han nacido y se han validado a través de la investigación.

La investigación provee de hipótesis y teorías explicativas acerca del comportamiento humano, las cuales se articulan según cada caso a fin de escoger las estrategias terapéuticas más apropiadas. Tanto la evaluación, primera fase de la terapia, como una anamnesis y/o historia clínica detalladas, nos ayudan a comprender mejor la historia de aprendizaje y las causas que originaron y mantienen los problema particulares que presenta el niño.

La evaluación puede estar basada en algún sistema de clasificación vigente, como los manuales psiquiátricos; no obstante pueden implicar también otros sistemas de nomenclatura fiables y validos para definir los problemas (“alteraciones clínicamente significativas”); por ejemplo, criterios de evaluación para categorizar “habilidades sociales” o “autoestima”. Es necesario algún método que agrupe los problemas presentados en categorías, para permitir que los clínicos evalúen la probabilidad de extrapolación de las muestras estudiadas, en el contexto de investigación, a su propia práctica. Si alguna categorización, la síntesis de la evidencia es sumamente difícil, si no es posible, cualquiera sean las deficiencias y limitaciones de los sistemas de evaluación vigente, los criterios aun tienen que sugerir alguna alternativa factible que sea mejor (Sparrow, 2007).

En el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009). Indican que la TCC en niños y adolescentes no difiere ni en la lógica ni en los elementos terapéuticos esenciales de la empleada en adultos, pero como es esperable, los procedimientos terapéuticos se adaptan a la edad del niño. Así, por ejemplo, la psicoeducación acerca del papel de los pensamientos en los estados emocionales puede valerse de recursos como dibujos e ilustraciones. Las características más importantes de la TCC empleada en población infantil y adolescente, son las siguientes:

- Ψ Es una terapia centrada en el presente y basada en la asunción de que la depresión está mediada por la percepción errónea de los sucesos y por el déficit de habilidades.
- Ψ Sus componentes esenciales son la activación conductual (incrementar la realización de actividades potencialmente gratificantes) y la reestructuración cognitiva (identificación, cuestionamiento y sustitución de pensamientos negativos). También son elementos importantes el aprendizaje de competencias conductuales y las habilidades sociales en general.
- Ψ Los manuales de tratamiento se estructuran en sesiones de entrenamiento de habilidades y sesiones opcionales sobre problemas específicos. Habitualmente las estrategias de la terapia se basan en la formulación clínica del problema (formulación en la que se pone especial énfasis en los factores asociados al mantenimiento del trastorno) y la sesión terapéutica sigue una agenda de problemas que se deben tratar.
- Ψ Es frecuente incluir sesiones con los padres y/o familiares, con la finalidad de revisar los progresos y aumentar la adherencia al tratamiento. En cuanto al papel de los padres en el tratamiento, algunos autores lo han calificado de esencial
- Ψ Los padres no solo aportan información importante para la evaluación psicológica, el planteamiento de objetivos y la orientación del tratamiento, sino que también pueden actuar como agentes de cambio terapéutico, por ejemplo, facilitando la realización de determinadas tareas indicadas en las sesiones de tratamiento psicológico.

3.4.- Intervención

La intervención cognitiva de la depresión se basa en la idea de que ante una situación determinada tenemos una idea que produce un sentimiento. Si ante diferentes situaciones nuestras ideas siempre son negativas, nuestros sentimientos serán negativos.

En el adolescente y en el niño con depresión existen una serie de pensamientos automáticos negativos aunque diferentes situaciones en las que se sienten humillados, inferiores o inseguros, lo que generan sentimientos negativos de auto culpa, humillación, impotencia, inutilidad y tristeza. Si pasa algo malo tienden a sentir la causa, pero si hacen algo bien lo suelen explicar como fruto de la suerte, la causalidad, que todos en su clase han sacado notas similares, que era una asignatura fácil o incluso pensar que esta vez ha ido bien, pero la siguiente irá mal (Soutullo, 2005) .

Considerando la efectividad de las técnicas cognitivas. Knell en su manual de terapia con el modelo cognitivo conductual en la intervención a niños, retoma tres técnicas predominantes. La primera es nombrada “estrategias de cambio cognoscitivo”, la cual permite que el paciente haga un ejercicio en donde se promueve la comprobación de las hipótesis bajo un corte científico o lógico, para que puedan ponerse a prueba todos aquellos pensamientos; éste ejercicio implica juzgar la evidencia, sondear las alternativas y analizar las consecuencias. Mientras que las “autoafirmaciones de enfrentamiento” consisten en aquellas afirmaciones que parten de la reestructuración cognitiva y que promueven la retroalimentación de aquellos pensamientos que refuerzan cogniciones apropiadas, bajo la lógica de la realidad. Y la “biblioterapia” facilita al paciente la oportunidad de refugiar la atención en libros de autoayuda, los cuales permiten que el propio individuo pueda cuestionar sus creencias irracionales y comience por considerar aquellas opciones alternas que faciliten la solución de sus problemas (O’Connor y Schaefer, 1997).

Las técnicas conductuales que Beck (1983) propone en la intervención hacia la atención de trastornos como la depresión, hacen referencia al empleo de la “programación de actividades”, “técnicas de dominio y agrado”, “asignación de tareas graduales”, “práctica cognitiva”, “role playing” y “tareas para casa”. La primera manifiesta la necesidad de formular actividades planeadas con la finalidad de contrarrestar la escasa motivación del paciente, esto permite que la planificación del tiempo, lo mantengan ocupado e impidan que retroceda a un estado de inmovilidad, que propicie el reforzamiento de los pensamientos distorsionados y los comportamientos inapropiados hacia su persona. Por lo que las actividades que se contemplen en el programa, deberán de ser graduales y del agrado del paciente. *Las técnicas de dominio y agrado* permiten que el paciente incremente aquellas actividades que le promueven forjar sentimientos de placer, diversión o alegría; pues de lo contrario, si realiza actividades que no le aportan satisfacción, promoverá la presencia de los pensamientos distorsionados que le afectarán su área emocional.

En cuanto a la asignación de tareas graduales, es necesario que el terapeuta formule un plan de acción, en el cual deberá estar contemplado por un proceso que radica desde la definición del problema, planteando con esto la formulación de un proyecto en el que se establecerán las tareas tanto simples como complejas que se deberán realizar. Así pues, durante la intervención se observará al paciente en el logro de cada tarea llevada a cabo con éxito; aunado a esto, se promueve la estimulación hacia la persona, para que evalúe de forma realista todo aquel componente que le impida realizar las actividades; y con esto es conveniente que el terapeuta enfatice en las capacidades y esfuerzos para llevar a cabo exitosamente cada actividad planeada; y por último, se procede a reasignar nuevas tareas más complejas. La cuarta técnica *“práctica cognitiva”* hace referencia a la manera de inducir las cogniciones del paciente hacia un ejercicio de imaginación, en la cual se pretende que la persona divague sobre alguna actividad, en ésta se identificarán los posibles obstáculos que pudieran interferirle, a lo cual es recomendable que el terapeuta identifique y desarrolle soluciones

ante los problemas prevalentes. Mientras que el role playing constituye una manera de adoptar un papel en la que se tendrán como objetivos el clarificar todas aquellas cogniciones contraproducentes y facilitar la expresión de emociones del paciente, para que puedan reestructurar los pensamientos distorsionados a partir de la expresión de ideas y emociones de otro personaje asumido.

Y la última técnica empleada por Beck, para el tratamiento de trastornos como la depresión, manifiesta la importancia de asignar *tareas conductuales* para casa, éstas permiten que el paciente pueda identificar y hacer frente a los problemas que le suceden día con día, la finalidad de ésta, es obtener una visión de cómo reacciona la persona y qué estrategias puede emplear para resolver determinadas situaciones. Así pues, con estas técnicas propuestas planteadas por Beck, se puede vislumbrar cómo el paciente a partir de la reestructuración cognitiva y conductual, puede modificar la percepción que tiene del mundo y la existencia de trastornos psicológicos que le aquejan día con día.

3.5.- Seguimiento

Es fundamental que cuando las sesiones no sean tan frecuentes en casa se siga trabajando con el pequeño puesto que si no se continúa puede llegar a decaer. A parte de las técnicas vistas existen **Estrategias Cognitivas que Fomentan la Confianza** en el pequeño, éstas las pueden trabajar los padres en casa así como en su rutina diaria.

Afirmar lo positivo. La mayoría de los niños con una pobre autoestima tiene dificultad para ver lo que hay de bueno en sí mismos. Se sugiere que los padres identifiquen primero aquellas cosas en su niño que sientan que son positivas. Si los padres dicen que tienen dificultades para hacerlo, entonces se les sugiere que se tomen varios días o semanas para trabajar en esto. Los padres pueden comenzar describiendo a su niño y lo que les gusta de él. Tiene que tomar su

tiempo y encontraran que descubren más cosas de las que hubieran podido pensar. Obviamente, esto también les proporciona la oportunidad de usar el feedback positivo, diciéndole a su niño todo lo bueno que están encontrando de tal modo que él pueda comenzar a ver, con sus propios ojos, las cosas positivas en sí mismo.

Programar eventos positivos, la pérdida de actividades agradables es una característica en la vida del niño deprimido. Éste puede no tener la energía suficiente para planear sus propias actividades a causa del miedo al fracaso o el miedo al rechazo. Debe de ser una responsabilidad importante tanto para los padres como para el niño el decidir qué actividades continuarán haciendo diariamente. Con demasiada frecuencia los niños tristes vuelven del colegio y se quedan pegados en el sofá o la cama. Su tiempo es dedicado a ver T.V, a maniobrar juegos electrónicos o a jugar en la computadora. Poco tiempo, si hay alguno, se le dedica a las tareas para la casa, a las actividades externas y a las actividades extracurriculares. Muy pronto esos niños se relacionan consigo mismos. Sus habilidades sociales se debilitan, se sienten aburridos y rumian sus pensamientos negativos. Cuando los padres planifican las actividades para su niño, deben asegurarse de programarlas de forma que tengan que salir en cierto momento. Estas actividades deben incluir deportes, clubes, jugar con amigos y, de hecho, tareas dentro de la casa. Una vez que los niños redescubren lo divertidas que pueden ser estas actividades, entonces los padres pueden hacer que las cosas divertidas sean contingentes al hecho de hacer sus tareas. Esta programación es un intento de ayudar al niño a iniciar actividades que lo alejarán del sofá o la cama. Hay aquí un aspecto clave: no se debe llegar al extremo de programar al niño demasiadas actividades, de manera tal que se quede sin tiempo para sí mismo.

Ayudar al niño con las autoafirmaciones, son palabras que una persona se dice así misma, ya sea de una manera positiva o negativa. Muchas veces el niño se ve involucrado en situaciones donde necesita que se le recuerde lo maravilloso que

es, pero hay otros momentos donde él es el único que puede hacer esto; aquí es donde las autoafirmaciones positivas entran. Los terapeutas alientan a los niños a escribir, en una tarjeta o en un lugar secreto de su cuaderno, afirmaciones positivas que reemplazan a los pensamientos negativos que fácilmente elaboran (Dudbley, 1997, citado en Silberman y Aguado, 2005).

La relajación es de suma importancia puesto que existen varias fuentes donde se describen detalladamente las técnicas de relajación para los niños, no se abundará acerca de este tópico. Sin embargo, se requiere enfatizar la importancia de que los padres aprendan, en principio, las técnicas de respiración profunda y de relajación muscular progresiva, puesto que ambas son para cualquier situación estresante. Otra recomendación es una nutrición adecuada, ya que es importante para todos y una dieta bien balanceada que incluye carbohidratos, proteínas y algunas grasas es necesaria para el cuerpo saludable. El ejercicio es también importante para que el niño permanezca emocional y físicamente saludable.

4. PSICOANÁLISIS Y DEPRESIÓN INFANTIL (PSICODINÁMICA)

En Psicoanálisis se cree que la depresión se produce por la pérdida de un objeto (*Spiz*). El objeto puede ser la autoestima (del yo según *Freud*), o la muerte de un ser querido.

Las teorías psicodinámica son aquellas que enfatizan los motivos y conflictos inconscientes junto con la importancia de la experiencia pasada en la explicación de la conducta actual". Bajo la concepción de que el hombre es una madeja de instintos en choque con la conciencia moral, la terapia se encaminaría a encontrar los motivos inconscientes de la conducta. "De una manera global, para Freud y sus discípulos, la personalidad es un lugar físico interior que se constituye dinámicamente según la historia del sujeto, por medio del ejercicio de determinadas funciones que le son esenciales". Entre estas funciones están los mecanismos defensivos y el papel del inconsciente. (Phares, 1992, Clapier-Valladon, 1987 citados en Cabrales, 2006)

4.1.- Definición de Depresión Infantil

En el *Manuscrito G* Freud apunta una definición causal:

"La melancolía es un duelo provocado por una pérdida de libido; mientras que los sujetos fuertes son fácilmente atacados por neurosis de angustia, los débiles son accesibles a la melancolía" (Manuscrito G, fechado hipotéticamente el 7-1-1895; Freud, 1950)

Y en una carta posterior a Fliess subraya Freud:

"..Parece plausible considerar la melancolía manía periódicas como una separación temporal de la otrora simultánea descarga de placer y displacer." (Carta núm. 114 a Fliess, de 17-12-1896; *ibid.*)

Varios años después, permanece sin variar su postura: ". Tengo la sospecha de que este factor (el "autoerotismo") viene en consideración en el síndrome: melancolía-manía" (Carta a Jung de fecha 26-12-1908; *ibid.*)

Tras estas tempranas formulaciones, hoy en gran medida anecdóticas, en las que Freud no diferencia especialmente a la melancolía de las demás neurosis, la primera aproximación sistemática a la construcción de un modelo para la Depresión la realizó Abraham en su trabajo "Notas sobre la investigación y tratamiento de la locura maníaco depresiva y condiciones asociadas". En esta época la *Psiconeurosis* era interpretada como consecuencia de una represión de la libido, lo que llevó a Abraham a comparar siguiendo a Freud Depresión con Ansiedad, ambas resultantes de instintos reprimidos. En este primer trabajo Abraham realizó un esfuerzo para incluir los desórdenes afectivos dentro de la comprensión psicoanalítica, valiéndose para ello de los principales conceptos analíticos formulados hasta entonces: los mecanismos de Represión y Proyección.

"La Depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales (...) el individuo no puede sentirse amado, ni capaz de amar y desespera de llegar nunca a la intimidad emocional" (Abraham, 1911).

Abraham insistía sobre la semejanza entre individuos deprimidos y obsesivos, fundada en la profunda ambivalencia que se da en ambos hacia los demás; la búsqueda de amor quedaba bloqueada por fuertes sentimientos de odio, que a su vez estaban reprimidos debido a la incapacidad del individuo para reconocer su extrema hostilidad, la cual vendría seguida de una posterior proyección: "Las personas no me aman, me odian". En esta formulación la culpa masiva se debería a los deseos destructivos existentes que permanecen inconscientes. Por ello el sujeto coloca el goce en los auto-reproches. La manía aparece como manifestación clara, manifiesta, de lo que estuvo reprimido durante la fase depresiva. La explosión de "amor" y "odio" que se observa en la fase maníaca (*frenesí de libertad* en palabras de Abraham) es interpretada por él como una vuelta al periodo de la infancia previo a la instalación de la represión emocional. En un trabajo posterior ("La primera etapa pre genital de la libido"; Abraham, 1916), y tras el intercambio de opiniones con Freud, Abraham varía su posición incorporando los periodos libidinales del desarrollo derivados de las teorías

expuestas por Freud en la 3ª edición de los *Tres ensayos sobre una teoría sexual*, afirmando:

"La Depresión puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual (la oral) (...) En las honduras de su inconsciente (del depresivo) hay una tendencia a devorar y arrasar el objeto" (Abraham, 1916).

Probablemente Abraham se apartó de su primera formulación sólo para adecuarse a las etapas psicosexuales freudianas, pero ello permitió anticipar el papel de la Introyección en la Depresión.

En 1917, Sigmund Freud dio a la luz su trabajo "Duelo y Melancolía" escrito en 1915, si bien no fue publicado hasta después de la 1ª Gran Guerra. En él describe diversos mecanismos patológicos en los que no interviene un trastorno de la sexualidad. Freud habla de *relaciones objétales* más que de represión, bosqueja el papel del Súper-Yo y atribuye al Yo una mayor participación en la patología. Aparece también la hipótesis del narcisismo cuya influencia posterior va a ser decisiva en la explicación de la Depresión. Este trabajo va a influir también muy notablemente sobre la llamada *Escuela Psicoanalítica Inglesa* al incluir Freud en su formulación del inconsciente los *objetos* junto a los afectos e ideas. Freud denota la inquietud que le causa escribir sobre la *Melancolía*, término que refiere a varias clases de trastornos, señalando a la vez que el reducido grupo de pacientes en el que basa sus hallazgos quizá no baste para hacer generalizaciones válidas (11), si bien establece que se va a ocupar de la melancolía de naturaleza psicógena, diferenciándola de las afecciones somáticas. Para ello Freud ha unido sus conceptualizaciones de 1894 a las derivadas del examen de los trabajos de Abraham, tal como hemos evidenciado en la correspondencia de Freud; veámoslo de nuevo en sus propias palabras:

"Sus observaciones sobre la melancolía me fueron muy valiosas, y he incorporado sin vacilar a mi ensayo todo lo que de ellas pude utilizar. Lo más valioso fue para mí la referencia a la fase oral de la libido; también acogí su vinculación con el duelo (...) casi

todo lo que ha escrito me gustó mucho. Hay sólo dos cosas que quisiera señalar: que no marca suficientemente lo esencial de su hipótesis, es decir, el aspecto tóxico, la regresión de la libido y el abandono de los investimentos objetales inconscientes; y que pone en primer plano, en lugar de ello, el sadismo y el erotismo anal como elementos explicativos.." (Carta a Abraham de fecha 4-5-1915; *ibid.*).

La deuda de Freud con Abraham para la redacción de *Duelo y Melancolía* queda aquí apuntada, si bien es Freud quien va a pesar en la ulterior *fijación* del modelo. La exposición de Freud comienza efectuando una comparación entre duelo y melancolía, conceptos en los que aprecia las siguientes semejanzas y diferencias que recogemos sumariamente.

SEMEJANZAS	DIFERENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> Ψ Sensación dolorosa de abatimiento por una pérdida. Ψ Falta de interés por el mundo externo. Ψ Pérdida de la capacidad de amar. Ψ Inhibición de la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> Ψ En la melancolía hay además disminución de la autoestima dando lugar a auto reproches y las expectativas irracionales de castigo. Ψ El melancólico tiene una noción muy vaga de la naturaleza de su pérdida y es incapaz de reconocer la causa de su abatimiento (Aún cuando sabe qué ha perdido, no sabe lo que ha perdido con ello; se trata de una pérdida interna e inconsciente).

*Tabla 3. Muestra las semejanzas y las diferencias entre el duelo y la melancolía que Freud realiza.

Freud no plantea cómo influye el Yo y tome una u otra dirección a la hora del curso ulterior del caso (Ávila, 1990).

Por su parte Polaino- Lorete (1988) menciona que el psicoanálisis ortodoxo, desde un principio se negó a admitir las depresiones en la infancia, ya que según la conceptualización freudiana de las depresiones en el adulto, al hacerlas depender de la interacción entre diferentes instancias de la personalidad y no estando éstas desarrolladas en las etapas evolutivas infantiles, no sería posible la emergencia de los cuadros depresivos en la infancia.

Melanie Klein fue la primera psicoanalista que introdujo el término de depresión, referido a la infancia. La autora parte de que el nacimiento ocasiona el primer estado angustioso que experimenta el individuo (el trauma del parto), idea en la que coincide con Otto Rank. La pérdida del “feliz estado intrauterino” sería percibida por el recién nacido como un ataque de hostilidad que genera ansiedad “ansiedad persecutoria” constituye el entramado configurador de todas las futuras relaciones que el niño establece con los objetos.

En la etapa oral, el niño experimentaría su primera emoción: un conflicto entre los impulsos libidinosos y los impulsos agresivo-destructivos, consecuencia de la anterior ansiedad persecutoria. Ésta sólo se equilibrará por la relación del infante con el “pecho bueno” de la madre. Según esta trayectoria la “posición depresiva” del niño aparecería del tercero al sexto mes de vida: es la “etapa de la ansiedad depresiva”; está íntimamente relacionada con el temor a perder el objeto amado. El niño a través de su conducta alimentaria percibe el pecho como alternativamente bueno o malo, en función de que satisfaga puntualmente su apetito (bueno) o frustrante (malo), a consecuencia de algún retraso o a hipótesis, frustra al niño como lo alimenta, deviniendo en un objeto de amor, a la vez que de hostilidad. A esto se añaden los sentimientos de hostilidad, respecto al padre, que experimenta el niño, como posible competidor de las relaciones con su madre. Surgen así las reacciones depresivas y paranoides que manifiestan latentes sentimientos de culpabilidad y que el niño tratará de disminuir reparando el objeto injuriado. Estas reacciones depresivas constituyen la prolongación natural, según la psicoanalista, de los sentimientos infantiles de culpabilidad que el niño en ocasiones sublima para atenuar su ansiedad depresiva.

En este enfoque la depresión es llamada “*melancolía*”. Probablemente el primer texto importante sobre el tema de la melancolía, fue el libro conocido de Robert Burton, *La anatomía de la melancolía*” que data de 1621. Otra publicación es de George Baker, *De affectibus animo et morbis inde oriundis*, de 1755. Se refiere a la envidia, como una de las causas de la melancolía. Según el autor, puede darse en la más tierna edad. Considera que es posible ver enfermar y languidecer a un niño, más por influencia de las emociones que por una causa física. Insiste en que los niños no se encuentran libres de esta grave enfermedad. James Psrkinson, se ocupó de ciertos aspectos de la psicopatología infantil. En 1807 publicó en Londres sus *Observations on the excessive indulgence of children...* admite que la existencia y aparición de una forma de melancolía posiblemente debida a pautas educativas inconscientes. Las experiencia de felicidad o infelicidad dependen en gran parte del tratamiento recibido de los padres en la etapa infantil. Hacia mitad del siglo XIX aparecen dos de los primeros textos monográficos que hoy conocemos sobre psiquiatría infantil. Pierre N. Filibiliu, *Contribution á l’étude de la folie chez les enfants* en 1887. Menciona que “...cuántos trastornos mentales pasan desapercibidos, y cuántos niños enfermos se encuentran en la calle, sin que lo sospechemos... , algunos son tristes, melancólicos, prefieren la soledad, son dulces, deprimidos, inofensivos...” Incide también en la posible influencia de factores hereditarios en el suicidio; la disminución pasajera de la sensibilidad en maniacos y melancólicos; la palidez del melancólico; así: “... el melancólico tiene el semblante pálido con ojeras, los ojos sin brillo, expresión, ni movimiento... , el conjunto de su faz expresa la apatía y la tristeza”.

Una historia clínica de la “nostalgia” infantil por Descuret.

“Eugenio L., natural de Paris, fue enviado a una nodriza de las cercanías de Amiens, y devuelto a su familia a la edad de 2 años. La fuerza de sus miembros, la fortaleza de sus carnes, el color de su tez, la viveza y jovialidad de su carácter, todo anunciaba en él un niño de complexión vigorosa y revelaba los buenos cuidados de que había sido objeto. Durante los quince días que la nodriza estuvo en la casa paterna, Eugenio siguió gozando de la más floreciente salud; más

apenas hubo partido aquella mujer, cuando el niño se puso pálido, triste e insensible a las caricias de sus padres, y rehusaba los manjares que lo lisonjaban poco días antes.

Admirados de tan súbito cambio, los padres de Eugenio llamaron al doctor, quien reconociendo desde luego los primeros síntomas de nostalgia, recomendó frecuentes paseos y todas las distracciones infantiles que abundan en la capital. Estos medios, ordinarios eficaces en casos tales, no sirvieron de nada; y el pobrecito enfermo, cuya demacración iba creciendo, pasaba horas enteras tristemente inmóvil, fijos los ojos en la puerta por la cual había visto salir a la que le sirviera de madre. Llamado de nuevo por la familia, el entendido práctico declaró que el único medio para salvar los días de aquella criatura era hacer volver inmediatamente a la nodriza, la cual se lo llevaría consigo. A su llegada, prorrumpió Eugenio en gritos de alborozo: la melancolía impresa en su semblante cedió desde luego el puesto a la irradiación del éxtasis, y desde aquel momento empezó a revivir. Llevado la semana siguiente a Picardía, estuvo allí cerca de un año, disfrutando de la mejor salud. Cuando regresó a Paris, el doctor hizo ausentar poco a poco a la nodriza, primero algunas horas, después un día entero, y luego una semana, etc., hasta que el niño pudo habituarse a pasar sin ella. Esta táctica fue coronada por el éxito más feliz”.

La traducción de esta descripción al lenguaje clínico que actualmente usamos, manifiesta expresamente que las depresiones infantiles no son sólo un fenómeno contemporáneo, sino que acontecieron siempre. Respecto a los factores etiológicos, Descuret se adelanta aquí a las teorías psicoanalíticas (pérdida del objeto), al modelo de la depresión analítica, a la ansiedad de separación y al modelo de Lewinsohn de extinción e incapacidad de proporcionarse el necesario refuerzo social.

El punto de vista de este enfoque se deriva de *El luto y la melancolía*, de Freud, consideraba a la depresión como un estado en que el sujeto vuelve la agresión hacia dentro, sobre sí mismo, en lugar de hacerlo sobre la persona que en realidad es el objeto de sus sentimientos agresivos. Cualquier odio o decepción

que anteriormente estuvo unido a esta persona en su mente ya no puede expresarse abiertamente; estos sentimientos se han vuelto prohibidos. Sin embargo, ya que la agresión debe liberarse de alguna manera. Es probable que esto suceda a quienes están demasiado abstraídos en sí mismos (narcisistas): “¿Cómo pudo alguien abandonarme a mí?”:

La obra original de Freud trata principalmente de la diferencia entre aflicción (dolor) y la depresión (melancolía).

En la aflicción hay una pérdida real de un objeto y en consecuencia una sensación de que el mundo es “pobre y vacío”, pero no hay disminución de la autoestima, no hay autoacusación. En la depresión melancólica, por lo general hay una pérdida emocional del objeto, debida a la decepción o a factores relacionados (Bibring, 1953, citado en Lars, 1986).

Jakobson que trabajó la misma línea de Freud, prefirió ampliar el concepto de aflicción para incluir tristeza. En la aflicción o el abatimiento normal, nuestros pensamientos vuelven a experiencias anteriores positivas y sentimos un deseo intenso de presenciar el regreso del objeto perdido, pero no es esto lo que sucede en una depresión “verdadera”. En su opinión, la tristeza no tiene relación con ninguna agresión hacia el mundo externo ni hacia nosotros mismos. Esto último es la característica distintiva de la depresión: “La alteración del ánimo surge de la discrepancia entre representaciones del yo y el ideal del ego (super ego) o la imagen del yo”. El origen principal del trastorno es interior: un desequilibrio entre los impulsos agresivos y los impulsos de libido (amor por uno mismo y hasta cierto punto amor por el objeto). La solución está en tener conciencia de nuestros propios ideales del ego, pero desafortunadamente estos con frecuencia son inconscientes.

Edward Bring representa otra rama de la escuela psicodinámica y considera la depresión principalmente como un fenómeno del ego. La depresión es la expresión emocional del ego, de su desamparo y su impotencia. Es el resultado de la brecha entre un intenso deseo de ser valorado y amado, de ser fuerte, seguro y

bueno, y el percatarse, de manera real o imaginaria de que estas metas son inalcanzables. La depresión ocurre cuando somos incapaces de vivir a la altura de nuestros propios ideales del ego. Esto sucede porque hemos puesto esas metas demasiado alto y en ocasiones por que la situación social ha cambiado. En la depresión las metas narcisistas importantes se perpetúan, pero el centro del ego, su auto estimación, está destruido, puesto que las funciones del ego, que por lo general sirven a la satisfacción de los esfuerzos narcisistas particulares, parecen ser en extremo deficientes, en parte debido a factores de la realidad y en parte a razones internas (Lars, 1986).

4.2.- Características del niño con Depresión Infantil

La primera hipótesis explicativa sobre la melancolía la efectúa Freud en su correspondencia con Fliess, situando la psicogénesis en la sexualidad y el autoerotismo.

"Se trata de un sujeto (el caso K.) hereditariamente predispuesto: el padre sufría de melancolía (posible melancolía ansiosa) (...) Esto nos da que pensar respecto de la herencia. Probablemente sólo exista una disposición en la familia (...) pero no una "degeneración". Cabe presumir entonces que en el caso del propio señor K. la leve neurosis de angustia se ha desarrollado a consecuencia de una ligera etiología (...) nos encontramos en presencia de un estado de debilidad sexual (...)

"Un caso leve, pero muy característico, de distimia periódica o melancolía. Síntomas: apatía, inhibición, presión endocraneana, trastornos del sueño: un cuadro completo. La similitud con la neurastenia es inconfundible; también la etiología de la misma. Tengo casos muy análogos que son todos masturbación (...) He aquí, pues, un caso de melancolía neurasténica que habrá de ofrecernos un punto de contacto con la teoría de la neurastenia en general. Es muy posible que el elemento desencadenante de una melancolía menor como esta sea siempre un coito (...) El empleo de preservativo (por Herr von F.) evidencia, de por sí, una potencia débil y, análogamente a la masturbación, actúa como un factor causal continuó de su melancolía" (Carta antes citada, epicrisis del caso num.2; ibid.)(5)

Los principales conceptos esbozados por Freud en su explicación dinámica de la Melancolía son:

Ambivalencia: Pertenece a lo reprimido. La pérdida supone sentimientos de amor (desea continuar con la unión libidinal Libido-Objeto) y odio (desea la pérdida del Objeto, e incluso puede ser el causante de la pérdida, desligando Libido de Objeto). El Odio recae sobre su Yo (como sustitución de Objeto) "calumniándolo, humillándolo, haciéndolo sufrir". Esta lucha amor/odio permanece a nivel inconsciente. La ambivalencia puede referirse también a la elección de Objeto.

Identificación del YO con el objeto: En base a este mecanismo Freud explica la contradicción entre la Pérdida sufrida y el efecto de la pérdida sobre el propio Yo. La Libido no fue desplazada sobre otro Objeto, sino retraída al Yo. La identificación del Yo con el Objeto abandonado sustituye la carga erótica, y en consecuencia la relación erótica no puede ser abandonada a pesar del conflicto Sujeto Objeto. El amor por el Objeto es sustituido por la Identificación. Esto implica que la energía de fijación al Objeto erótico tiene que ser grande y que haya escasa resistencia de la carga de objeto. Freud cita a Otto Rank, para quien esta contradicción parece exigir que la elección de objeto se haya efectuado sobre una base narcisista:

"La identificación narcisista con el Objeto se convierte en sustituto de la carga erótica, a consecuencia de la cual no puede ser abandonada la relación erótica. Esta sustitución del amor al objeto por una identificación es un importante mecanismo en las afecciones narcisistas" (Freud, 1915, en O.C. p. 2095).

Sí esto es así la predisposición a la melancolía dependerá en parte del predominio de una elección de objeto de tipo narcisista. Esta cuestión va a ser objeto de una importante controversia posterior, particularmente por que en este caso se daría la regresión de la carga de objeto a la fase oral de la libido, perteneciendo por tanto

al narcisismo. La melancolía resulta del cruce entre el proceso del duelo y el proceso de la regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo. La explicación dinámica que Freud realizó de los procesos de Duelo y Melancolía podemos resumirla de la siguiente manera:

Proceso del Duelo

UNION LIBIDINAL Elección Sujeto Objeto.

Enlace libido a Objeto; unión Sujeto Objeto.

PERDIDA DE OBJETO Muerte o desaparición del Objeto.

EXAMEN DE LA SITUACION Examen de la realidad: el Objeto amado no existe.

DEMANDA A LA LIBIDO para que abandone la ligazón con el Objeto.

OPOSICION A LA DEMANDA La persona no abandona la posición de la Libido aunque tenga objeto sustitutivo.

Esto no se puede realizar inmediatamente, sino de forma paulatina, con gran gasto de tiempo y energía

El Objeto perdido continua existiendo en el Psiquismo.

Tarea dolorosa: Recuerdos y esperanzas que son punto de enlace de la Libido y el Objeto son repetidamente activados y sobrecargados, para sustituir el Objeto de la Libido.

LA REALIDAD SE IMPONE El Yo renuncia al Objeto.

El Yo queda libre y exento de inhibición, recupera la libertad de su libido, desligándose del Objeto Perdido.

Proceso de la Melancolía

UNION LIBIDINAL Elección de Objeto

Enlace de la Libido con el Objeto

PERDIDA DE OBJETO La causa estimular puede ser más variado que el Duelo

Puede ser pérdida o amenaza de pérdida. De índole material (muerte del Objeto amado) o ideal (pérdida como Objeto erótico)

Puede tratarse de una pérdida desconocida (no consciente)

EXAMEN DE LA SITUACION Examen de la situación a nivel inconsciente, no de la realidad consciente.

CONMOCION EN LA RELACION OBJETAL:

AMBIVALENCIA No se da el desplazamiento de la Libido a otro Objeto.

LIBIDO LIBRE Una parte de la carga libidinal se da en Identificación del Yo con el Objeto (abandonado).

La otra parte de la carga libidinal retrocede a la Fase Sádica.

EL YO ES JUZGADO COMO

OBJETO ABANDONADO Una parte del Yo se sitúa frente a la otra y la critica como sí la tomara por

Objeto (la pérdida de objeto se transforma en una pérdida del YO).

HOSTILIDAD El conflicto YO Objeto amado se transforma en

NO CONSCIENTE disociación entre la actividad crítica del Yo y el Yo modificado por la identificación.

Por eso los reproches con los que el paciente se abruma corresponden al objeto erótico y han sido vueltos contra el propio Yo.

También se dan los reproches referidos realmente al Yo que sirven para encubrir los restantes y dificultar el conocimiento de la verdadera situación.

No hay verdadera vergüenza en lo que se auto atribuyen porque esta disfrazada una heteroatribución (La mujer que compadece al marido por hallarse ligado a un ser tan inútil como ella, reprocha en realidad al marido su inutilidad).

EL YO SE IMPONE AL OBJETO Freud ignora cómo se produce, pero apunta dos posibilidades: El proceso llega a término en nivel inconsciente, una vez apaciguada la cólera del Yo. Abandona al Objeto por considerarlo carente de todo valor.

En “Duelo y melancolía,” Freud plantea la relación de la melancolía (depresión) con una etapa oral-incorporativa de desarrollo libidinal que precede a la elección de objeto, así como a una más avanzada y compleja fase de desarrollo psicológico que deriva de la formación del súperyo y el comienzo de la disolución del complejo de Edipo, y que involucra experiencias de culpa, auto reproche y auto castigo. A través de este párrafo de apertura Freud cuidadosamente indica que la definición de la melancolía varía ampliamente y que uno no puede estar seguro si varias formas somáticas y psicogenéticas de la melancolía pueden ser agrupadas en una entidad única. El se esforzó en su artículo para desarrollar una conceptualización unificada de melancolía que integrará estos dos mecanismos desde muy diferentes fases del desarrollo psíquico.

En lugar de tratar de desarrollar una conceptualización unificada de la melancolía que integre los procesos de incorporación oral y formación del súperyo en una única formulación, investigadores clínicos de tres ramas independientes del psicoanálisis han diferenciado recientemente dos tipos muy diferentes de depresión, basados parcialmente en la identificación freudiana de estos dos mecanismos fundamentales. De forma que, estos teóricos psicoanalíticos diferencian entre depresión enfocada primariamente en cuestiones interpersonales como la dependencia, la indefensión y sentimientos de pérdida y abandono y una depresión derivada de un súperyo severo y punitivo -una depresión enfocada primariamente en la autocrítica, preocupación sobre la valoración personal, y sentimientos de fracaso y culpa.

Bowlby, desde una perspectiva etológica y de relaciones objétales, planteó brevemente la predisposición a la depresión en individuos con apego ansioso y con auto dependencia compulsiva. Los individuos con apego ansioso buscan contacto interpersonal y son excesivamente dependientes de otros. Los individuos

con autoconfianza compulsiva son excesivamente autónomos y evitan las relaciones interpersonales cercanas. Ambas preocupaciones generan una vulnerabilidad a la depresión.

Arieti y Bemporad, desde una perspectiva interpersonal, distinguieron dos tipos de depresión, un tipo centrado en el otro y un tipo centrado en el objetivo. Cuando el otro en el cual se halla centrado se pierde o el objetivo predominante no se logra, el resultado puede ser la depresión. Postularon dos deseos intensos y básicos en la depresión: “ser pasivamente gratificado por el otro predominante” y “ser reasegurado de la propia valía, y liberado de la carga de la culpa”. En el tipo de depresión centrada en el otro, el individuo desea ser pasivamente gratificado a través de una relación insistente, demandante, dependiente e infantil. En el tipo centrado en el objetivo, el individuo busca ser reasegurado de su propia valía y liberado de la culpa dirigiendo todos sus esfuerzos a un objetivo que se ha convertido en un fin en sí mismo.

Desde una integración de la perspectiva psicoanalítica del yo, de relaciones objétales, y desde la perspectiva cognitiva evolutiva, diferenciamos entre una depresión “anaclítica” (dependiente) y una depresión “introyectiva” (autocrítica) y planteamos los orígenes de su desarrollo, las características predisponentes de la personalidad, las manifestaciones clínicas y los conflictos inconscientes de estos dos tipos. La depresión anaclítica o dependiente se caracteriza por sentimientos de soledad, indefensión y debilidad; estos individuos tienen miedos intensos y crónicos de ser abandonados y dejados sin protección y sin cuidado. Tienen profundos anhelos de ser amados, cuidados y protegidos. Debido a que hubo poca internalización de las experiencias de gratificación o de las cualidades de los individuos que proveyeron de satisfacción, los otros son valorados primariamente por el cuidado inmediato, el confort y la satisfacción que proveen. La separación de otros y la pérdida de objeto generan un miedo y aprensión considerable y son a menudo enfrentadas de forma primitiva como la negación y/o la búsqueda

desesperada de sustitutos (Blatt 1974; Blatt, D'Afflitti, y Quinlan 1976; Blatt, Quinlan, y Chevron, 1990; Blatt y cols. 1982, citados en Benito, 1997).

La depresión introyectiva o autocrítica, por el contrario, se caracteriza por sentimientos de falta de valía, inferioridad, fracaso y culpa. Estos individuos se embarcan un auto escrutinio y evaluación constantes y tienen un temor crónico a la crítica y a perder la aprobación de otros que lo son. Luchan por un logro y perfección excesivos, a menudo son muy competitivos y trabajan duro, se exigen demasiado, y a menudo consiguen grandes logros, pero con escasa satisfacción duradera. A causa de su intensa competitividad, también pueden ser críticos con los otros y atacarlos. Mediante la sobrecompensación, tratan de lograr y mantener la aprobación y el reconocimiento.

En consonancia con estas primeras formulaciones psicoanalíticas de la depresión Blatt, Arieti, Bemporad y Beck distinguían desde una perspectiva cognitivo-conductual entre tipos de depresión “sociotrópico” (socialmente dependiente) y “autónomo”. El tipo socio trópico, según Beck, “se refiere a la implicación personal en el intercambio positivo con los demás... incluyendo deseos pasivos-receptivos (aceptación, intimidad, comprensión, apoyo, guía)”. Los individuos altamente sociotrópicos están “particularmente preocupados por la posibilidad de ser desaprobados por los otros, y a menudo intentan agradarlos y mantener sus apegos” Es más probable que la depresión se produzca en estos individuos como respuesta a la percepción de pérdida o rechazo en las relaciones sociales Robins y Block, 1988; citados en Benito, 1997).

La individualidad (autonomía), según Beck, se refiere a “la implicación de la persona en preservar e incrementar su independencia, movilidad y derechos personales; libertad de elección, acción y expresión; protección de su terreno... y alcance de objetivos significativos”. Un individuo autónomamente deprimido está “impregnado del tema de la derrota o el fracaso”, “culpándose continuamente por no alcanzar sus estándares” y siendo “especialmente autocrítico por haber faltado

a sus obligaciones”. Los individuos altamente autónomos, orientados a los logros, están muy preocupados por la posibilidad del fracaso personal y a menudo intentan maximizar su control sobre el entorno para reducir la probabilidad de fallo y crítica. La depresión se produce con mayor frecuencia en estos individuos como respuesta a la percepción de un fracaso para lograr algo o de una falta de control sobre el entorno.

Cada una de estas posiciones a pesar de estar basadas en muy diferentes presupuestos y usando términos de alguna manera diferentes, distinguen dos tipos principales de depresión, no sobre la base de síntomas manifiestos, como en el DSM-IV, sino sobre la base de los conflictos inconscientes individuales, las defensas, y la estructura de carácter fundamental, así como de las experiencias de vida que parecen haber precipitado los sentimientos disfóricos. Un tipo de depresión se caracteriza por una marcada vulnerabilidad a perturbaciones de la gratificación de las relaciones interpersonales y se expresa primariamente en sentimientos disfóricos de pérdida, abandono y soledad. El otro tipo se caracteriza por una marcada vulnerabilidad a perturbaciones de un sentido efectivo y positivo de sí mismo y se expresa primariamente en sentimientos disfóricos de falta de valía, culpa y fracaso, y una sensación de pérdida de la autonomía y el control. Blatt en 1983, en su planteo del paralelismo existente entre estos dos tipos de depresión (anaclítica e introyectiva) y las dos variedades del narcisismo señaladas por Kohut (imago parental idealizada y sí mismo grandioso), señaló que la activación frecuente del narcisismo sirve como defensa contra la depresión.

Esta formulación psicodinámica de la psicopatología como derivada de distorsiones perturbaciones del desarrollo psicológico normal provee un paradigma que organiza varias formas de psicopatología de una forma integrada y parsimoniosa. Muchos trastornos de la personalidad descritos en el Eje II del DSM-IV, por ejemplo, se agrupan primariamente alrededor de problemas de la tendencia a la conexión o de la autodefinición (Ouimette y cols. 1994; Levy y cols. 1998). Adicionalmente, estas formulaciones psicodinámicas condujeron a la

diferenciación de dos tipos principales de depresión (Arieti y Bemporad 1978, 1980; Beck 1983; Blatt 1974; Bowlby 1973, 1988; citados en Benito, 1997) una diferenciación que está ahora sostenida por una extensa investigación realizada por investigadores psicoanalíticos y cognitivo conductuales.

4.3.- Evaluación y Diagnóstico

La psicoterapia va de la mano con el diagnóstico, es decir, a medida que se evalúa se va haciendo labor terapéutica y se hace a través del análisis de sueños, los chistes, la asociación libre, los actos fallidos, las resistencias, etc. de manera que se neutralicen los mecanismos de defensa específicos y el paciente afronte el problema desde una perspectiva más madura. El objetivo de cambio de la psicoterapia sería una terapia larga en la que se intenta, según el psicoanálisis, hacer consciente lo inconsciente. El psicoanálisis es también en sí mismo un método de investigación como su nombre lo indica, no para la investigación experimental, sino para la exploración de la mente sea ésta normal o anormal (Benjamin, 2007; citado en Cabrales, 2006) Aunque podemos agregar que su campo de acción se desborda hasta la sociedad y el arte y con su método ha hecho contribuciones importantes a la comprensión de fenómenos sociales.

Todas las formas de depresión, obedecen al hecho de que *algo deseado se ha perdido y que su recuperabilidad es representada como inalcanzable* (Hugo Bleichmar); pero, a diferencia del duelo, el sujeto deprimido se queda además, fijado a la implícita ilusión perdida, no aceptando que lo que transcurre se haga pasado. Es esto lo que las hace diferentes del duelo. Este hecho se hace extensivo a todos los contenidos y formas infantiles del amor, tanto en el mundo externo como en el interno. Una defensa habitual es negar lo perdido y aferrarse a las normas y valores del pasado (los adolescentes “infantiles, latentes” de Meltzer), o forzar el futuro para que el pasado no vuelva (los “exitistas”), aunque el costo resulte, en ambos casos, no poder vivir el presente.

Aryan (2005) menciona que la melancolía implica mantener el aferramiento total al objeto perdido convirtiéndose en él; Freud dirá "la sombra del objeto cae sobre el Yo"; lo que ocurre en este caso es que ya había un fuerte apego narcisista al objeto y, el sujeto aunque sepa que perdió al objeto, lo que no sabe es que perdió su sostén narcisista, absolutamente imprescindible. Es relativamente raro encontrar en la adolescencia un estado patológico equivalente a la melancolía estable. Cuando el estado depresivo en ciertos adolescentes toma el aspecto melancólico, no es seguro ver allí especificidades propias de la edad, sólo quizá la intensidad del investimento agresivo del objeto perdido y el riesgo desorganizarte para el Yo, que le sigue a la pérdida. Pero esto no debe ser confundido con la presencia de defensas psicóticas estables.

4.4.- Tratamiento

Asturizaga y Unzueta (2008) mencionan que el juego, es tan antiguo como la misma humanidad cuando se analizan usos, costumbres, leyes, etc. En la historia, emerge como una actividad conectada a la cultura, no solo entre los niños sino también entre los adultos. El juego es el primer escalón del desarrollo de la creatividad, la creatividad podemos definirla, de manera general, como el realizar algo nuevo y valioso entendiendo el término valioso, al producir cambios nuevos en las actitudes de un ser humano.

Nacemos creativos, juguetones pero la vida, las circunstancias, las "normas" nos van imponiendo una forma de actuar "normal", que bloquea todo ese espíritu lúdico base del desarrollo humano. Jugar es experimentar. El juego es también utilizado en el consultorio clínico, allí donde la palabra falta, el juego adviene como un modo de comunicación y expresión. Desde un punto de vista psicoanalítico, el jugar forma parte de la evolución psíquica del niño y siempre al servicio del despliegue sistemático de todo tipo de fantasías. Cuando una fantasía se desarrolla en el juego, una enorme cuota de placer deviene como consecuencia.

Algunos de los autores más relevantes en la temática infantil respecto al juego son:

Melanie Klein, pionera en utilizar al juego como técnica psicoanalítica, considera que el juego es retorno de lo reprimido y con valor fantasmático, es la vía al inconsciente como los sueños en los adultos, es el lenguaje típico infaltable en los niños.

Winnicott, en "*Realidad y juego*" menciona el jugar es hacer, en vías de lo placentero, en tanto actividad creadora y del orden cultural. Le permite al niño expresarse. Cuando el paciente no puede jugar, el terapeuta debe esperar este importante síntoma antes de interpretar.

Maud Mannoni, se refiere al juego como la operación de reordenamiento del presente y el pasado, de lo que el niño quiere o desea.

J. Lacan resalta de estos teorizadores el estatuto del juego en la cura con niños y subvierte el concepto de transferencia que fue tomado como una relación entre dos, es decir, intersubjetiva. Es allí donde ubica su crítica y no si se usa dibujo, juego, espejos u otros elementos. La actividad lúdica es una emergencia del lenguaje.

Respecto del juego, *Freud* creador del Psicoanálisis, lo toma, como uno de los referentes clínicos en "*Más allá del principio de placer*". Define el juego infantil como: una de las prácticas normales más tempranas del aparato anímico. Al decir de Freud: "*Allí donde el niño juega, el adulto construye fantasmas*". Tanto en el juego como en el fantasma se pone en escena la respuesta del sujeto ante el enigma y la angustia que despierta el deseo del Otro. El fantasma está equiparado al sueño diurno. Para Lacan el fantasma es el tesoro del sujeto, su bien más íntimo; no es el caso del síntoma que molesta y hace sufrir.

Con el juego el niño construye una ficción donde el sujeto del inconsciente se realiza como efecto de significación. Si Freud concibe al juego análogo al fantasma, es porque el juego del fort-da (juego del aparecer y desaparecer) concretiza la estructura del fantasma. Distancia que es introducida entre presencia y ausencia. En el juego del fort-da el niño taponar el efecto de desaparición de su madre, convirtiéndose en su agente. Por lo que en la clínica infantil una estrategia posible es el juego para que advenga un Sujeto del Inconsciente, ya que posibilita la transferencia y escenifica la relación del sujeto con el objeto. Con el juego el niño juega sus propias significaciones, interpretaciones que apuntan a dar sentido a aquello que de lo real se presenta como trauma. El analista hará operar a la interpretación en tanto, corte, escansión a nivel del dicho, apuntando a la falta de significante en el otro para dejar vacío el lugar de la respuesta ante la pregunta por la sexualidad.

El niño, a través de sus juegos, es tomado en sus palabras como sujeto, lo que es diferente de estar en posición de soporte de objeto hablado por el Otro o bien identificarse al objeto. Por ello es mediante las fantasías, es decir, lo que el niño expresa a través del juego que se comunica con el Otro. Los analistas, pueden captar en la repetición de los juegos, la posición de goce del niño. Es decir, el modo de satisfacción pulsional que puede leerse en ese juego en particular. Por un lado, en esa repetición, se trata de una pérdida, ya que siempre habrá diferencia entre lo buscado y lo encontrado por la pulsión; y por otro lado, hay una recuperación de goce, ya que se obtiene un plus de goce. Si bien la pulsión no tiene un objeto de satisfacción predeterminado (como sí lo tiene el instinto animal, por ejemplo, en el cual las conductas están genéticamente fijadas), sabemos que la satisfacción pulsional, el goce, se alcanza en el recorrido que se hace en la búsqueda del objeto perdido. Nunca se halla lo que se busca (esto es, el objeto mítico que habría colmado las necesidades del sujeto), pero la pulsión se va satisfaciendo en la búsqueda misma. Esta concepción del juego como repetición de goce tiene sus consecuencias en la clínica, ya que el trabajo se orientará a ir recortando cuál es la modalidad de goce en ese sujeto.

Por otra parte, el juego tiene su importancia intrínseca, más allá de un dispositivo propuesto por una disciplina en particular. El niño que juega va incorporando el entorno a su psiquismo a la vez que va insertándose él en dicho entorno. A través del juego el niño se expresa, elabora situaciones, crea, aprehende, se alegra. Es su modo, por excelencia, de “ser” en el mundo. Por tal motivo, cuando esto no sucede, es decir, cuando el niño no juega o su juego se observa bizarro, una luz se enciende alertándonos sobre la necesidad de consultar a un profesional, ya que el juego cumple un papel fundamental en la subjetivación del niño. Asimismo para poder hablar de una subjetivación del niño y su relación con el juego en la clínica psicoanalítica, es necesario replantear la noción tradicional de niño que se tiene desde otras disciplinas.

Es posible ubicar al niño desde la perspectiva del sujeto del inconsciente, tomando en cuenta que el niño no solo se constituye como nominación, sino con una sexualidad efecto de aquello que es el producto del significante y que tiene que ver con lo real de la pulsión. Por lo tanto es posible revertir la noción tradicional de niño que mantiene la psicología, cuestionando las concepciones establecidas, que lo describen como una denominación cronológica y de desarrollo. Se trata pues del vaciamiento de ese contenido para poder construir un nuevo concepto operativo de niño, que no sea un dato a priori, dado por la observación; un concepto que si bien no plantea descartar el tiempo de maduración cronológico, permite reflexionar sobre el tiempo lógico para ubicar al niño como un sujeto del inconsciente.

Retomando la enseñanza de Lacan, existe una clara referencia a la estructura a partir de la cual puede entenderse la emergencia del sujeto del inconsciente. Lacan después de dar cuenta de la constitución y determinación de la estructura opone a ésta, la noción de desarrollo. Esta oposición es determinante para la comprensión de que la constitución del sujeto no es pura consecuencia de la maduración o desarrollo. Por ello desde el psicoanálisis se hace necesario recuperar un concepto operativo del niño.

Partiendo del hecho de que el lenguaje preexiste al sujeto, es posible pensar en que este Otro del lenguaje, adquiere una dimensión de exterioridad al sujeto y guarda con él una función determinante. Esto significa que el niño aún antes de nacer, de contar con una existencia biológica, ya cuenta con un lugar simbólico en el Otro, a partir de la palabra, que a manera de un tercero mediará cualquier relación dual en la que el niño participe. Así por ejemplo, el hecho de que el niño hable, hable poco, o hable de manera fragmentada, no le impide estar ubicado en el lenguaje como tal.

Por otra parte, el sujeto está representado por un representante parcial en la cadena significativa así pues su advenimiento depende de sus primeras identificaciones, a partir de su entrada en el campo del Otro, es decir, del lenguaje, es así como el niño deviene un sujeto en tanto su primera relación con el lenguaje le otorga su lugar. En esta relación dialéctica a la vez, podemos establecer como el sujeto surge representando lo que un significante (S1) representa para otro significante (S2). La niñez será entonces entendida en sentido lógico y estructural antes que como momento cronológico, no se trata de aspectos madurativos, ni del desarrollo acabado. Se trata de un tiempo de subjetivación dependiente de la estructura del lenguaje, lógica ligada a la dimensión significativa de la estructura, del *objeto a* y su articulación al Otro.

La niñez será entonces entendida en sentido lógico y estructural antes que como momento cronológico, no se trata de aspectos madurativos, ni del desarrollo acabado. Se trata de un tiempo de subjetivación dependiente de la estructura del lenguaje, lógica ligada a la dimensión significativa de la estructura, del *objeto a* y su articulación al Otro.

El juego como vía al inconsciente. No hay concepto fundamental de la teoría psicoanalítica que no esté articulado al del juego, Freud no le dedica un escrito propio pero se encuentran sus elaboraciones en distintos artículos como en "*El poeta y los sueños diurnos*", donde Freud define al juego como:

“La ocupación favorita y más intensa del niño es el juego. Acaso sea lícito afirmar que todo niño que juega se conduce como un poeta, creándose un mundo propio, o, más exactamente, situando las cosas de su mundo en un orden nuevo, grato para él. Sería injusto en este caso pensar que no toma en serio ese mundo: por el contrario, toma muy en serio su juego y dedica en él grandes afectos.”

El que Freud le otorgue al juego un carácter de ocupación comparable a la poética, impide de entrada, cualquier concepción del mismo como descarte filogenético, instinto o recurso de adaptación evolutiva. (Abalo, *et al.* 1993).

El poeta hace lo mismo que el niño que juega: crea un mundo fantástico y lo toma muy en serio; se siente íntimamente ligado a él, aunque sin dejar de diferenciarlo resueltamente de la realidad. Pero de esta irrealidad del mundo poético nacen consecuencias importantes para la técnica artística, pues mucho de lo que, siendo real, no podría procurar placer ninguno puede procurarlo como juego de la fantasía, y muchas emociones penosas en sí mismas pueden convertirse en una fuente de placer para el auditorio poético.

El juego como respuesta a lo real del trauma, desde el comienzo del psicoanálisis los analistas se han interesado en el juego que hacen los niños. Freud en 1919 en *“Más allá del principio del placer”*, estudia el funcionamiento del aparato psíquico en una de sus actividades más tempranas: los juegos infantiles, el jugar infantil como acción de conseguir placer, observando a su nieto de un año y medio, señala: Cuando la madre se ausenta varias horas el niño no llora entonces comienza a arrojar en un rincón del cuarto, lejos de sí objetos con expresión “satisfecha” e “interesada” mientras que producía el sonido de o-o-o (fort) fuera. Este juego lo había inventado el niño y los juguetes eran utilizados solamente para jugar con ellos a estar fuera. Luego el niño tenía un carrito de madera atado a un hilo, sostenía, el niño, el extremo de la cuerda y lo arrojaba exclamando el o-o-o (fort), después tiraba la cuerda para traer el carrito y al verlo reaparecer exclamaba alegremente a-a-a (da) aquí. El juego completo es la “desaparición y reaparición”: pero la mayoría de las veces solamente realizaba la primera parte del

juego (desaparición), a pesar de que le producía más placer la segunda parte del mismo (reaparición). Entonces el niño durante este tiempo en el que permaneció solo, encontró el modo o medio de “hacerse desaparecer a sí mismo”: haciendo desaparecer su imagen en el espejo al agacharse hasta que desapareciera de sus ojos (quedarse fuera). Luego cuando la madre se ausenta muchas horas, al regresar el niño la recibe con las palabras “Nene o-o-o (fort)”. La interpretación que hace Freud del juego es: a) Que el juego está en conexión a la renuncia a la satisfacción de la pulsión, al permitir que la madre se ausente sin oponer resistencia. b) El niño había convertido en juego un suceso desagradable, en este suceso el niño representaba un papel pasivo (objeto del suceso) papel que trueca por activo repitiendo el suceso a pesar de ser penoso el juego para él y c) Los niños repiten en sus juegos todo aquello que en la vida les ha causado una “intensa impresión” y de este modo tratan de darle salida a la energía de la misma adueñándose de la situación.

Al respecto Lacan también hace un recorrido sobre algunos antecedentes desde el juego repetitivo del niño hasta conceptualizar el *objeto a*. Esta pareja modulada de la presencia y ausencia en el juego infantil, en tanto acto del niño, le permitirá a Lacan ubicar una *escansión* esencial, de las que restan las marcas, las trazas, prosiguiendo con el recorrido en el “*Seminario de la Ética*”, nos deja Lacan en las puertas de su descubrimiento: el *objeto petit a*, y en relación al juego del fort – da indica: “*Hay allí una hiancia*”. Ahora bien en la teoría del significante, el sujeto está dividido ciertamente entre S1 y S2. Lacan menciona una *spaltung* en el sujeto causada por el objeto, correlativa a la sesión del objeto, es decir, que el sujeto está también dividido entre su existencia significativa y su ser, su cadáver viviente, su organismo: *el objeto a*. El sujeto entonces es una falta en el significante (- 1) o un objeto, el “*a*”.

El juego como técnica de asociación libre. La disposición para la asociación libre es igual a la disposición para la producción poética, es decir, a la disposición necesaria para llegar a un estado creativo que conduce a un descubrimiento. El

espacio psicoanalítico representaría todo lo que hace y dice el paciente, nada allí es insignificante, por el contrario, todo es significativo, la razón es un espacio estructurante que liga elementos dispersos en un todo significativo. El analista, y a medida que avanza el análisis, el mismo paciente, desarrollan la tendencia a construir un todo a partir de los elementos dispersos de la situación analítica, a lo largo del tiempo de sesión. A eso se llamará Interpretación – o en algunas circunstancias construcción – y será el producto de la aplicación del método psicoanalítico. (Waserman, 2003; citado en Asturizaga y Unzueta, 2008).

Así como se hace asociar al soñante sobre cada una de las partes del sueño, de igual manera se busca hacer asociar al niño durante el juego, sin embargo el problema en el análisis de niños radica en cómo hacer para que el infante asocie puesto que aparentemente él no sabe asociar, va a ser Melanie Klein en 1972 la que va a dar la respuesta, ella afirma que: a través de la técnica de juego se ve que el niño proporciona tantas asociaciones a los elementos separados de sus juegos como los adultos a los elementos separados de sus sueños. (Waserman et al.). El juego sería entonces un equivalente al sueño más las asociaciones. La riqueza del juego y las asociaciones verbales permiten formular interpretaciones que sacan a la luz la fantasía sobre la que el juego se teje, el tan buscado complejo de Edipo, nuclear para la comprensión de la neurosis, aparece escenificado en el juego con mil representaciones diversas.

Pacurucu (2002) en su Tesis menciona que los juguetes que se utilizan dentro de la terapia psicoanalítica también pueden incluir lápices de colores, marcadores, plastilina, cubos de diferentes tamaños, muebles, un biberón de juguete y una muñeca que pueda vestirse, pistolas de juguete y un pelota de goma. Los materiales deben alentar el juego libre, la imaginación del niño, promover la verbalización de fantasías, la expresión del afecto. Además deben estar en función de la edad y el sexo del pequeño, costumbres y modas de la época, deben ser juguetes simples y durables que proporcionen el mínimo desorden y que estén de acuerdo con el espacio disponible

5. SUICIDIO INFANTIL

El proceso suicida se define como un conjunto de acciones en las que se asume que la persona busca quitarse la vida, pudiendo señalarse varias etapas: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida, y el suicidio consumado. Tales etapas pueden ser secuenciales o no, pero cada una de ellas, solas o todas juntas, conllevan un gran riesgo hacia la consumación del suicidio. En el caso de los intentos suicidas se calcula que por cada suicidio consumado hay de ocho a 10 intentos de suicidio y por cada intento ocho lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo. Por lo anterior, es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios como son la ideación y el intento para así conocer y atender esta problemática. La ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado. Se define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto-infligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (González y cols., 1998; Madrigal y cols., 2004 citado en Miranda, Cubilla y cols., 2009).

Mojarro (2008) afirma que dentro del comportamiento suicida existe un amplio espectro que va desde el suicidio consumado hasta la ideación suicida, pasando por el intento y el gesto suicida. Se entiende por suicidio consumado: “todos aquellos actos auto infligidos con resultado de muerte”. El intento de suicidio (también llamado para suicidio, actos autolíticos, gestos autolíticos) son: “actos por medio de los cuales un individuo, de forma deliberada, se inflige un daño a sí mismo sin resultado de muerte, independientemente de si existe deseo e intención de morir”. En cambio, en el gesto suicida nunca existe esa intención. Por último, la ideación suicida encierra una: “gama de pensamientos, imágenes e ideas de carácter general o bien de carácter concreto con planes de suicidio y amenazas formuladas verbalmente o por escrito”. La conducta suicida tiene la misma definición en niños, adolescentes y adultos: “Es una preocupación o acción que persigue de manera intencionada causarse lesiones o la muerte a uno mismo”.

La conducta suicida tiene un carácter episódico. Un episodio puede ser agudo y breve o durar varias horas o días. Se pueden producir actos suicidas repetidos. Pueden ser durante la edad preescolar, en la pre-adolescencia o adolescencia. Aunque el intento de causarse lesiones o de morir es un elemento esencial de la definición, no es necesario que el niño tenga un concepto maduro de la finalidad de la muerte. Las conductas suicidas van en aumento en los últimos años. Diversas pueden ser las razones de este hecho. Por un lado, el aumento de las alteraciones psiquiátricas, como: depresión, trastorno por uso de sustancias, trastorno de conductas, etc.; por otro, las características socio-familiares actuales. Pero no siempre las conductas suicidas tienen una base psicopatológica. Muchas veces pueden ser una petición de ayuda, reacción ante una frustración o reacción ante sí mismo o los demás. Ringel distingue tres tipos de intento de suicidio en el adolescente: a) el impulsivo, incapaz de soportar frustraciones y de prever las consecuencias de sus actos, no puede inhibirse; b) el neurótico, con desajustes emocionales desde siempre; c) el psicópata, amenaza o intenta suicidarse para manipular a los demás. Para Duché las conductas suicidas en el adolescente se pueden clasificar como: a) suicidio-huida, ante una situación que genera ansiedad, mediante el suicidio escapa; b) suicidio-agresión, la agresión es hacia sí mismo o hacia el otro; c) suicidio- holocausto, la tentativa está dirigida hacia los padres o compañero como llamada a la reconciliación y e) suicidio juego, buscando el riesgo extremo, jugar a la muerte.

Por su parte Villanueva (2003) concuerda que existen factores de riesgo los clasifica de la siguiente manera: Algún tipo de psicopatología (predispone). Problemas socioeconómicos. Consumo de drogas. Violencia intrafamiliar. Disfunción familiar. Abuso sexual. Un problema escolar. Un problema familiar. Menciona que existen 4 etapas del suicidio las cuales son: Etapa 1 donde emiten *pequeñas señales de ayuda*. Etapa 2 es el segundo nivel de gravedad, sucede con mayor frecuencia es el *gesto suicida*, que es pensar cómo lo haría, pero sin ir más allá. Etapa 3 *intentos suicidas*, son menos frecuentes y se observa en adolescente predominantemente mujeres. Son variables en su gravedad: hacerse pequeño corte en los brazos y avisarle a una persona, tomar pastillas en grandes

cantidades sin contarle a nadie y por último la etapa 4 que es el *suicidio logrado* se termina drásticamente con la vida.

5.1.- La Epidemiología

Las tasas de conductas suicidas son poco fiables, esperándose que sean siempre más altas que las que se señalan oficialmente. Esto es debido a diferentes problemas metodológicos, como: 1. La tendencia de la familia y la sociedad a negar el hecho, bien por sentimientos de vergüenza y deshonor o también por dificultad de los padres en aceptarlo; 2. muchos niños y adolescentes ocultan (Mojarro, 2008).

Villanueva (2003) menciona que en el año 2001 se registraron 3, 784 suicidios (3, 110 de ellos en hombres y 624 en mujeres), lo que representa una tasa de 3,72 muertes por suicidio por cada 100, 000 habitantes, en una población total nacional de 101,8 millones de habitantes. Estados con mayor mortalidad por suicidios son: Campeche y Tabasco (9,68 y 8,47 por 100, 000 habitantes, respectivamente). Chiapas y el Estado de México (1,03 y 1,00 por mortalidad por suicidio por 100, 000 habitantes respectivamente) En 2001, la mortalidad por suicidio por 100, 000 habitantes fue de 6.14 en hombres y de 1,32 en mujeres, observaron menores tasas. El mayor incremento por grupo de edad se observó en las mujeres de 11-19 (de 0,8 en 1990 a 2,27 por 100 000 personas en 2001). En los hombres, el aumento más pronunciado se observó en el grupo de 11-19 años (de 2,6 en 1990 a 4,5 por 100 000 personas en 2001).

Se realizó un estudio sobre la Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una clínica infantil Pérez, Rodríguez, Dussán y Ayala (2005) sus objetivos fueron caracterizar psiquiátrica y socialmente el intento suicida. Su método fue a base de serie retrospectiva de 96 Casos de 11 a 18 años de edad. Se realizó análisis estadístico invariado y bivariado. Los resultados que obtenidos mostraron que las mujeres constituyeron 81,4 %. La edad promedio fue 15,3 años y 70,9 % tenía máximo 16 años. El 63,1 % de familias tenían bajos ingresos. La intoxicación fue el método suicida del 96,9 %. El 38 % tuvo seguimiento

ambulatorio máximo por 2 meses. Sólo 13,2 % requirió medicina antidepresiva o moduladora del afecto. El 87,9 % tenía estresantes familiares o escolares. El 83,5 % tenía problemas con los padres, y en 72,3 %, los padres tenían relación conflictiva. Eran primogénitos 46,5 %. Se encontraron 40 situaciones de maltrato. El 27,2 % tuvo intento suicida previo. Los trastornos adaptativos, la disfunción familiar y los trastornos del afecto fueron los principales diagnósticos psiquiátricos. El 37,6 % tenía problemas escolares, pérdida escolar o conflictos con los maestros. El sexo masculino se asoció con agresividad, consumo de sustancias, fracasos escolares o sentimentales y el femenino con ansiedad predominante y maltrato físico. Resaltó la discusión la disminución de la edad, el exceso de representación femenina, la frecuencia alta de conflictos familiares o escolares y la asociación del sexo con perfiles específicos socioculturales, conductuales y emocionales. El conflicto socio familiar y escolar es frecuente en el intento suicida juvenil. Es necesario hacer visible la problemática suicida infanto-juvenil para su prevención.

A nivel nacional, del año 2000 al 2005 se encontró un crecimiento en la cantidad de suicidios en la población en edades de los cinco a los 14 años. Actualmente se ubica en el octavo lugar de las causas de defunciones para dicha población, mostrándose las tasas de la siguiente manera. A partir de la década de 1970 se comienza a observar en nuestro país suicidios en el grupo de infantes y escolares en un rango de edad de cinco a 14 años. De 1990 a 2001, el mayor incremento de suicidios por grupo de edad se observó en mujeres en edades de 11 a 19 años, triplicándose la tasa por 100 000 habitantes de 0.8 a 2.27 y en los hombres se duplicó de 2.6 a 4.5. Diversos estudios evidencian que los intentos de suicidio se inician desde la etapa escolar. Valero señala un aumento preocupante en México de intentos de suicidio y suicidios en niños y adolescentes, expresando que en cerca del 49% de los casos se desconoce la causa. Asimismo, relaciona con este fenómeno a perturbaciones emocionales tales como la depresión y la ansiedad. Es importante destacar que la co-morbilidad de ambos trastornos multiplica el riesgo. Para Foster estos factores de riesgo son modificables, a diferencia por ejemplo de otros como la etnia, la edad o la condición de género. Un estudio realizado con

niños hospitalizados por intento de suicidio, revela un efecto directo significativo de la ideación suicida con el intento de suicidio y de los síntomas depresivos con la ideación suicida. Existe una relación directa entre depresión y soledad que impacta en la autoestima de los adolescentes suicidas, principales factores que explican una autoestima baja. Cubillas, en un estudio con 1358 estudiantes sonorenses de bachillerato, observó que 24.8% de quienes reportaron intento de suicidio lo llevaron a cabo en el rango de los siete a los 13 años. Igualmente, el 38% de ellos presentaba ideación suicida la semana anterior a la aplicación del cuestionario. La gravedad de la ideación suicida reside en su persistencia o estabilidad temporal. Algunos estudios, como el de Borges et al., parecen indicar una cierta estabilidad de la ideación en un porcentaje considerable de casos estudiados. Tales autores analizaron los resultados de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente 2005, con una muestra de 3005 jóvenes de 12 a 17 años de la Ciudad de México. La ideación suicida alguna vez en la vida fue reportada por el 11.5% de los encuestados, mientras que 3.9% mencionaron planearlo y 3.1% una tentativa de suicidio. El inicio del comportamiento suicida se reportó alrededor de la edad 10 años y a los 15 evidenciaron los peligros más altos. Entre los adolescentes con ideación suicida, existió mayor probabilidad de tener un plan e intentarlo en el primer año de inicio de la ideación. Sólo la distimia fue relacionada constantemente con un plan y una tentativa de suicidio.

En el periodo de 1995 a 2002 el Estado de Sonora presentó un crecimiento en el porcentaje de suicidios del 3.43% anual, ocupando el tercer lugar nacional en cuanto al crecimiento de esta problemática. En el año 2001 el 6% del total de los intentos de suicidio registrados fueron de menores de 15 años. En cuanto a los suicidios consumados, el número de casos reportados de menores de 15 años equivale al 3% del total. Los intentos de suicidio llevados a cabo por este grupo de edad son en su mayoría realizados por mujeres (84.6%); mientras que en los consumados, las cifras son similares: 56% hombres, 44% mujeres. Los suicidios y comportamientos suicidas son un problema de salud pública. Aunque existe alguna investigación al respecto, es escasa en lo que se refiere a la población

menor de 14 años. 2,3 Una situación similar se observa a nivel nacional, probablemente porque el tema no es fácil de abordar en la población infantil.

Miranda de la Torre, Ixchel; Cubillas, Rodríguez y cols. (2009) realizaron un estudio su objetivo fue analizar los factores psicológicos en niños/as de 10 a 13 años a fin de identificar aquellos asociados con la ideación suicida. Éste fue descriptivo donde participaron 631 niños de Hermosillo Sonora de 5° y 6° de primaria. Los instrumentos que ocuparon: Children's Depression Inventory CDI, escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R y el inventario de autoestima de Coopersmith. Procedimiento: se aplicó la primera parte del cuestionario a 631 niños, posteriormente se trabajó con una submuestra de dos grupos iguales: Uno identificado con ideación suicida (174) y el otro sin ideación (174), a los que se les aplicó la segunda parte del cuestionario. Análisis de datos: Se utilizó la prueba no paramétrica χ^2 y razón de prevalencias del paquete estadístico SPSS. Los resultados obtenidos fue la media de edad fue de 10.9 años, la variable sexo quedó a su vez distribuida en 50.8% niñas y 49.2% niños, el 72.1% de ellos en escuelas públicas y 27.9% en escuelas privadas, semejante a la proporción de la matrícula de educación primaria para los grupos de quinto y sexto grados. El 29.2% de los niños y niñas manifestó ideas suicidas. Depresión: El grupo de niños con ideación suicida presentó mayores estados depresivos en comparación con el grupo sin ideación. El porcentaje más alto fue localizado en la depresión moderada. Se muestran diferencias por sexo sólo en el grupo sin ideación, siendo más frecuente en los niños. Los niños que presentan depresión grave tienen un riesgo 8.8 veces mayor de tener ideación suicida. Autoestima: El grupo con ideación presenta más casos de autoestima baja en comparación con el grupo sin ideación (52.9% y 23.1% respectivamente), diferencia que es estadísticamente significativa. No se encontraron diferencias por sexo. Los niños y niñas que presentan un nivel de autoestima bajo tienen 3.7 veces mayor riesgo de presentar ideación suicida. Ansiedad: Treinta y siete punto siete por ciento de niños con ideación presentan un nivel de ansiedad alto en contraste con 18.4% de niños sin ideación. Tampoco aquí se presentaron diferencias por sexo. Manifestar ansiedad indica un riesgo 2.6 veces mayor para presentar ideas suicidas.

5.2.- El método utilizado

La letalidad de los intentos de suicidio se complica en los niños debido a su inmadurez cognitiva. A menudo, el niño no comprende la intensidad o la gravedad del método de suicidio y no puede darse cuenta del resultado de sus intenciones autodestructivas. La letalidad médica alta se asociaba con más intensidad al sexo masculino y al antecedente de un diagnóstico de trastorno afectivo o de trastorno relacionado con sustancias y antecedentes de intentos manifiestos de suicidio. La letalidad de un intento de suicidio de carácter impulsivo se asociaba más intensamente a la disponibilidad de los métodos letales de suicidio; sin embargo, el intento de suicidio y la gravedad de la psicopatología se asociaron con mayor fuerza a la letalidad de los intentos de suicidio de carácter no impulsivo. El método utilizado difiere entre el suicidio consumado (precipitaciones, armas de fuego) y la tentativa (ingesta de fármacos) (Mojarro, 2008). Hay que poner atención si los pacientes manifiestan un cambio en su conducta habitual como: aislarse, se ven tristes de manera frecuente. Quieren estar siempre solos. Dejan de juntarse con amigos. Comienzan a escuchar música de contenido depresivo. Si amenazan con suicidarse, si le cuentan a un compañero. Si escriben alguna carta. Hablan o escriben que desean morirse; comentan positivamente el suicidio de alguien famoso. Dicen que si faltaran nadie los extrañaría. En niños y jóvenes que han hecho intentos previos, así como cuando ha habido un suicidio en su familia o comunidad, tienen un especial riesgo (Villanueva, 2003).

CONCLUSIONES

Anteriormente se negaba la existencia de depresión infantil, desde 1975 se aceptó y se comenzaron a realizar estudios para esa patología que se define como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. (Rojas, Nava y col., 1993). En la investigación que realizaron donde el objetivo fue determinar la frecuencia de depresión infantil y la incidencia de posibles síntomas sugestivos en la población pediátrica. La población fue entre los 6-12 años, que asiste a la emergencia del Hospital Manuel Noriega Trigo, se dio un score el cual fue de realización propia, se aplicó también una entrevista estructurada y otro que se aplicó a padres. Los resultados obtenidos fueron que el 64.5% tenían entre 6-9 años, el 61.3% eran masculinos. En 38.7% los padres estaban separados, 6.5% los padres habían muerto y en 29% había antecedentes psiquiátricos familiares. La agresividad fue el síntoma más frecuente manifestado por los padres en un 46.2%, seguido de tristeza y sentimiento de rechazo con 25.8% cada uno, después se vio el retraimiento social, apatía, falta de estima y anhedonia en orden de frecuencia respectivamente. La cefalea y los dolores abdominales fueron síntomas somáticos más frecuentes con 19.4% cada uno, el insomnio es frecuente 3.2%, entre otros aspectos la onicofagia representa un 35.5%, chupar dedo 19.4% y enuresis 6.5%. Un 38.7% de los padres decían que no había buena relación familiar con el niño, el 41.9% habían sido citados por la maestra por la conducta o actitud del niño. El 51.6% cree que necesita buscar ayuda psicológica para el niño. Los niños respondieron que les gustaba jugar al 93.5%, asistir al colegio 54.8%, compartir con sus padres y hermanos el 67.8% y el 87.1% refería sentirse bien, el 12.9% triste a pesar de que también tenían la opción de contestar alegre (0%). Su conclusión es que existen síntomas diversos y a veces difíciles de descubrir que puedan hacernos pensar en la existencia de depresión infantil y los que deben de buscarse de rutina al evaluar al niño. El núcleo familiar y el colegio son fundamentales en esta etapa de la vida. Los padres frecuentemente asocian síntomas como cefalea y dolor abdominal como el estado de ánimo del niño. Todos debemos estar preparados para saber canalizar las situaciones de agresividad infantil. Muchos padres consideran la ayuda

psicológica pero refieren que es costosa y de difícil acceso por lo que se deben establecer programas para ayudar tanto a niños como a padres en estos casos.

Estos estudios nos permiten adquirir conocimiento de los factores que influyen en la depresión hoy en día. Este trastorno como lo hemos visto se estudia desde un tiempo atrás no es nueva, sin embargo, en la actualidad no se le brinda importancia, y en nuestro país son escasos los estudios, hasta que tienen repercusiones fatales como el suicidio. El Bulling por ejemplo existía desde tiempo atrás y hasta este siglo se le da ese nombre y se le presta atención.

En los últimos años se ha visto un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial y, de forma paralela, a una disminución de su edad de comienzo, de modo que se ha convertido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un importante problema de salud pública que afecta a unos 120 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. Además, una de cada cinco personas llegará a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de la vida, proporción que aumentará si concurren otros factores, como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Por este motivo, y según algunas estimaciones, la depresión pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.

Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica, nivel educativo o cultural y suponen un gran coste para el individuo, la familia, el sistema sanitario y la comunidad en general. Si bien existen múltiples estudios sobre prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en la edad adulta, son escasos los realizados entre la población infantil y adolescente. Además, sus resultados son variables debido fundamentalmente a la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida, ya que las manifestaciones clínicas pueden ser menos específicas que en la depresión del adulto, y también por las diferencias en los estudios respecto del tamaño muestral, criterios diagnósticos empleados o tipo de técnicas de entrevista utilizadas.

Debido a las características particulares de la depresión en la infancia y adolescencia, es importante contar con profesionales de atención primaria y especialistas en salud mental infantojuvenil con formación y experiencia en el manejo del trastorno en éste grupo de edad, así como que se pongan a su disposición los recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de la depresión mayor.

En los niños y adolescentes, la depresión tiene gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. También existen evidencias de la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta, lo cual se ve reflejadas en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en los problemas laborales y de relación en el futuro que origina. Por otra parte, los trastornos depresivos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de trastornos de la conducta alimentaria por lo que la depresión en la adolescencia, además del propio coste personal, puede conllevar un grave coste social.

La depresión mayor es además uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes. Así, según las estimaciones de la OMS, el suicidio es la cuarta causa de fallecimiento en el tramo de edad de 15-44 años. A nivel mundial, uno de los datos más preocupantes es el aumento del suicidio en edades jóvenes, sobre todo varones (Harrington, 1990; Weissman y col. 1999; Marcelli, 1992; Alonso-Fernández, 1988; Kann L, Kinchen SA y col. 2000; Brent, 2001; citados en Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, 2009).

La constatación de esta situación hace necesaria la búsqueda, el desarrollo y la utilización de procedimientos y estrategias de intervención de la depresión. En este contexto, desde los años sesenta ha aumentado el interés por el análisis experimental, la evaluación y el tratamiento de los problemas de depresión infantil. En este ámbito de la intervención, se han manejado diferentes tipos de

tratamientos debido al confusionismo sobre la etiología y a sus múltiples facetas. Dos de los enfoques vigentes en la actualidad son el biológico y el psicológico que dan lugar a tratamientos diferentes: psicofármacos, psicoterapias, métodos conductuales, cognitivos y cognitivos comportamentales.

Por otra parte, el tratamiento conductual aunque es capaz de conseguir resultados deslumbrantes en la modificación de comportamientos específicos, la rapidez de las modificaciones obtenidas, contrasta, la mayor parte de las veces, con su poca estabilidad en el tiempo, con su escasa consistencia transituacional y con la inespecífica de los efectos de las tácticas de modificación de conducta. En general, se trata de técnicas que se basan en el principio de que las respuestas fóbicas y depresivas son aprendidas o condicionadas, constituyendo el objetivo del tratamiento la inversión del proceso o descondicionamiento. Las modalidades que se consideran fundamentales son la desensibilización y la implosión. Actualmente, los programas de intervención en el ámbito educativo para niños con depresiones se mueven dentro de la línea cognitivo-conductual ya que son bastantes los estudios que demuestran que el tratamiento cognitivo-conductual produce efectos más positivos y duraderos que el cognitivo y conductual independientemente (Hamilton, M., 1985; Bragado, C., 1998; Meichenbaum, D., 1981; citados en Aldea, 2006).

El tratamiento Psicoanalítico *infantil* “*el juego*” promueve la relación de trabajo entre paciente y terapeuta, permite la comunicación de deseos, fantasías y conflictos en una forma que el niño puede tolerar afectivamente y expresar según el nivel de sus capacidades cognitivas. La función del terapeuta es observar, entender, integrar y comunicar los significados del juego del niño con el objeto de promover el entendimiento del mismo sobre su conflicto y lograr una resolución más adaptativa. El juego en la terapia psicoanalítica es únicamente un medio para ese fin y no un agente terapéutico (Pacurucu, 2002). Es para el psicoanálisis que el juego y el jugar adquieren una dimensión tan singular como lo es cualquier otro tipo de discurso, porque puede posibilitar la expresión de problemáticas. Quizá, uno de los sentidos más importantes que tenga el juego es el de pretender, hacer

"como si", estar actuando una realidad que es propia de esa misma situación y que probablemente tenga que ver con algún aspecto de la realidad del niño que juega. Así mismo, J. Lacan en su *Seminario XI "Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis"*: se refiere al juego como la posibilidad que tiene el niño de tomarse distancia de la exigencia del Otro. Si responde a la exigencia del Otro con el juego, entonces el lugar del juego será el de la respuesta. A partir de aquí se dice que no se trata de un despliegue de imaginación pura y simple, sino de una respuesta de lo real del trauma (Asturizaga y Unzueta, 2008).

Una forma de evitar que los cuadros psicopatológicos tuvieran peores consecuencias, como la depresión sería localizar con suficiente anticipación los comportamientos que llevan a un peor ajuste. Esa forma de prevenirlos y, como se ha señalado, de identificarlos, podría ser por medio de la evaluación de la reflexibilidad-impulsividad. Los autores sugieren que el estudio y el tratamiento de la impulsividad infantil se hace cada vez más importante, no solo por las repercusiones positivas que tiene el hecho de entender y comprender la impulsividad, sino por las grandes consecuencias positivas que tendría para prevenir otros muchos cuadros psicopatológicos. De hecho, resultan impactante los estudios recientes en lo que se indica una mayor tendencia en los adolescentes a consumir droga.

En lo que se refiere al tratamiento propiamente dicho de la depresión infantil, los acercamientos dirigidos a mejorar el desempeño intelectual, como elemento crucial de la intervención, no es algo novedoso, sin embargo, las aproximaciones utilizadas fundamentalmente para disminuir la impulsividad, orientadas a implantar las estrategias para resolver eficazmente los problemas y para mejorar la adaptación del sujeto a las circunstancias que lo rodean proporcionarían herramientas útiles que aunque se empleen en el área de la impulsividad, como lo que se ha denominado "enseñar a pensar", podría ofrecer distintos enfoques a la hora de intervenir en la depresión infantil (Buela, Carretero & de los Santos, 2001).

Para finalizar me hubiese encantado llevar a la práctica ambas perspectivas, para así poder tener información actual sobre ella y los diversos factores, como también

un capítulo especial para la *Terapia de Juego* desde ambas; puesto que esta técnica es una excelente alternativa para analizar a los pequeños ya que es un medio donde ellos se expresan fácilmente y no se sienten intimidados.

A lo largo de esta recolección empírica me he dado cuenta que el papel que desempeñamos como psicólogos y más los que se dedican al área infantil tiene un gran trabajo que hacer puesto que con la globalización a la que estamos viviendo como es la tecnológica, nos estamos convirtiendo en personas antisociales, en seres egoístas. Las actividades que en época pasadas realizaban los niños era juegos en donde eran seres involucrados con otros individuos, existía una interacción. Hoy en día ya no se ve eso, puesto que la vida que llevamos como adultos es rápida y no nos damos tiempo para observar lo que necesitamos y lo que necesitan nuestros pequeños. Un profesor mencionó que es mejor calidad que cantidad y concuerdo con él, puesto que aunque sea 10 o 15 min podemos darle una calidad excelente a nuestros pequeños, involucrarnos en sus vidas en lo que les sucede en el día. Si de adultos nos es difícil aceptar que una persona no nos brinde tiempo, los problemas ya sean de pareja, laborales o personales; imagínense como es para un pequeño.

BIBLIOGRAFÍA

- Aburto, María Elena y Vega A. Marcela. (2008). Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en Cosam de la Región Metropolitana. Universidad de Santiago de Chile, Usach, Chile. *Terapia psicológica*. 26 (2), 189-197
- Aldea, Muñoz Serafín, (2006). Influencia del auto concepto y de la competencia social en la depresión infantil. *Revista Psicología*. Vol. 10 (2).
- Aryan, Asbed. (2005). La adolescencia: aportaciones a la metapsicología y psicopatología", *Psicoanálisis*, vol.VII (3).APdeBA. "Contribuições à compreensão da experiência puberal", *Rev.de Psicanálise de SPPA (Soc.de Porto Alegre)*, Vol. XII (1)
- Ávila. Alejandro. (1990). Psicodinámica de la depresión. Universidad Complutense Madrid. *Revista Anales de Psicología*. Vol.6 (1). Pp. 37-58
- Benito, Ezequiel. (1997). *Contribuciones del Psicoanálisis al entendimiento y tratamiento de la depresión*. Ciudad: Universidad de Yale.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H. y Macarena, R. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*. Vol. 24 (3). Pp. 17-23.
- Burles, Bendón Mario. (1998). Estados depresivos y atmosfera familiar en niños con bajo rendimiento escolar. *Revista de Investigación en Psicología*. Vol. 1 (2) PP. 99-111.
- Caballo, Vicente e. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Vol. 1. España: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Cabrales, Nevárez Julio. (2006). *El abordaje de a Depresión desde diferentes marcos conceptuales psicológicos*. Universidad Autónoma España de Durango (México).
- Cajigas-Segredo, Nelda; Kahan, Evelina; Luzardo, Marion y Ugo, del Carmen Ma. (2010). Depresión en estudiantes de enseñanza media publica, severidad, genero y edad. *Jovens, Violência e Escola*. Dpto. de Educação, UNESP, Rio Claro, Brasil: Editora UNESP, en prensa.

- Calderón, Narváez Guillermo. (2001). Depresión: Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general. México: Editorial Trillas.
- Chinchilla, Moreno A. (2008). La Depresión y sus Máscaras: Aspectos terapéuticos. Buenos Aires: Madrid: Médica Panamericana.
- Costello, E.J., Pine, D.D., Hammen, C., March, J.S., Plotsky, P.M, Weissman, M.M., Biderman, J., Goldsmith, H.H., Kaufman, J., Lewinsohn, P.M., Hellander, M., Hoagwood, K., Koretz, D.S., Nelson C. A., & Leckman, J.F. (2002). Development and natural history of mood disorders. Biological Psychiatry, 52, pp. 529-542
- Dujovne, V. F. (1992). Cognitive Teraphy with the Depressed Child. Clinical Psychology Review. Vol. 15. Pp. 89-611
- Estevez, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. Salud Mental. Vol-28 (4). Pp. 81-89.
- Figueras, Masip Anna. (2006). Evaluación mutimétodo y multiinformante de la sintomatológica depresiva en niños y adolescente. Tesis Doctoral dirigida por el Dr. Juan Antonio Amador Campos.
- Hernández, Eduardo. (2002). Depresión Infantil.
- Herrera Murcia, Eduar; Losada, Yasmit Lorena; Rojas, Luis Alfonso; Gooding Londoño, Piedad. (2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). Revista Avances en Psicología Latinoamericana, Vol. 27 (1), pp. 154-164
- Jiménez, T., Murgui, S. y Musitu, G. (1999). Comunicación familiar y animo depresivo: el papel mediador de los recursos psicosociales del adolescente. Recuperado el 14 de marzo de 2007 de <http://www.uv.es/lisis/terebel/5%20Terebel.pdf>
- Lars, Freden. (1986). Aspectos Psicosociales de la Depresión. México: Fondo Cultural Económica.
- Levy, K. N., Kolligan, J., Quinland, D. M., Becker, D.F., Edell, W.S., y Mcgalashan, T. H. (1998). Two configurations of Psychopathology: A test of Theory and Clinical Implications. Unpublished manuscript.
- Méndez, Xavier; Rosa, Ana I.; Montoya, Marisa; Espada, José P.; Olivares, José y Sánchez-Mezca, Julio. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa?. Universidad de España. Psicología Conductual. Vol. (10 (3)). Pp 563-580

- Miranda de la Torre, Ixchel; Cubillas, Rodríguez y cols. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: Factores psicológicos asociados. Salud Mental. Vol. 32. Pp. 495-502
- Mojarro, Práxedes M.D. (2008). Depresión y suicidio. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. Pediatría Integral. Vol. 7 (10). Pp. 937-046
- Nelson, E.V. (2003). Treating childhood depression over interactive televideo: a randomized controlled success. Telemedicine Journal and e-Health.
- Nossa, Naranjo Carolina. (2006). Tesis: Diagnostico y Tratamiento en niños del Alberge infantil Bogotá. Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez Bogotá.
- O'Connor, K. y Schaefer, C. (1997). Manual de terapia de juego. Vol. 2. 1ª ed. México: Manual Moderno.
- Ovimette, P.C., Klein, D.N., Anderson, R., Riso, L. y Lizard, H. (1994). Relationship of sociotropy/autonomy and dependency self-criticism to DSM.III-R personality disorders. Journal of Abnormal Psychology. 103: 743-749-
- Pacurucu, P Ana. (2002). EL juego y la resolución de conflictos a través del Macarthur Story Stem Battery: Estudio comparativo entre niños normales y con dificultades en el desarrollo de 4 a 6 años. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Doctorado en Psicopatilla Infanto-Juvenil.
- Rodríguez, Ávila Jimena & Ortiz, Ramírez Mario (2003).DEPRESIÓN INFANTIL Hospital del Niño DIF. Pachuca, Hidalgo. Revista Científica Electrónica de Psicología ICSa-UAEH No.6.
- Párraga, J. (1990). Escuela y depresión infantil. En: Domenech y Polaino-Lorente (1990). Epidemiología de la depresión infantil. Espaxs: Barcelona.
- Pérez-Olmos, Isabel; Rodríguez-Sandoval, Esther; Dussán-Buitrago, Mónica y Ayala-Aguilera, Juan P. (2007). Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil 2003-2005. Revista de Salud Publica. Vol. 9 (2). Pp. 230-240
- Pérez, Cabrera Lidia y Jiménez, Llanos Ana B. (1999). Depresión infantil y rendimiento académico: Un estudio comparativo entre casos y controles. Revista de Investigación Educativa. Vol. 17 (1). Pp. 89-106
- Polaino-Lorete, A., Demench, L.E., Garcia, V.A., & Ezpelata, A.L. (1988). Las depresiones infantiles. Madrid: Ediciones MORATA.
- Polaino-Lorete, A.; Mediano, Cortes Mª y Martínez, Arias R. (1997) .Estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva infantil en la población

escolar madrileña de ciclo medio. ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA Vol. 46 (4)

- Rojas, Cabrera R., Nava, Bracho A., Hurtado, Salazar I., Almarza, Alex M., Baabel, Zambrano N., Molero, Petit K., Urdaneta, Machado J. y Sierra, Ramírez L. (1993). Incidencia de Posibles Síntomas de Depresión Infantil. Hospital Manuel Noriega Trigo. Revista Hospital de niños de Maracaibo. Sociedad de amigos. Vol. 3. Pp. 70-73
- Restrepo-Restrepo, Claudia; Vinaccia, Alpi Stefano y Quinceno, Japcy Margarita. (2001). Resiliencia y depresión: Un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. Suma Psicológica. Vol. 18 (2). Pp. 41-48
- S/A. (2008). La depresión infantil y juvenil un problema real que requiere atención familiar y especializada. Comunicado de Prensa. Gobierno del Estado de México. DIF Edo. Méx.
- Salomon, D.A., Keller, M.B., Leon, A.C., Mueller, T.I., Lavori, P.W., Shea, M.MT., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J.D. & Edicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. American Journal of Psychiatry, 157. Pp. 229-233.
- Sanz, Jesús. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. Anales de Psicología. Vol. 9 (2). Pp. 133-170
- Silberman, Pach Raquel y Agudo, Molina Haydeé. (2005). Procesos cognitivos y depresión infantil: Algunos lineamientos para los padres. Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Vol.6 (1). pp. 67-82
- Soutullo, Esperón. (2005). Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes. España: Ediciones Universidad de Navarra.
- Sparrow, C. (2007). Terapia cognitivo conductual. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. En http://www.conductitlan.net/terapia_cognitivo_conductual.ppt
- S/A. (2008). La depresión infantil y juvenil un problema real que requiere atención familiar y especializada. Comunicado de prensa del Gobierno del Estado de México. N° 123.
- S/A. (2011). Detectan síntomas depresivos en niños de primaria. EI UNIVERSAL.
- S/A. (2009). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación. Pp. 44.

S/A (2004). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. México: Serie de estadísticas continuas, demográficas y sociales.

Underwood, M.B. (2003). Helping Your Depressed Chil. Oaclama, CA.: New Harbinger Publications.

Villanueva, Colín J. G. (2003). Depresión y suicidio infantil. CECOSAM IZTAPALAPA.

Yapko, M. (2006). ***Para romper los patrones de la depresión.*** México: Pax.

<http://argijokin.blogcindario.com/2006/06/04088-mexico-crecio-en-10-anos-de-15-a-20-suicidios-de-menores.html>

