



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA

REVISIÓN TEÓRICA DE LOS MANUALES DE DIAGNÓSTICO  
PSIQUIÁTRICO SOBRE  
LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN LA INFANCIA

## TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA:  
DORA YAZMIN VAZQUEZ FLORES

### Jurado de examen

**Director:** Esp. José Juan Bautista Butrón  
**Comité:** Lic. Jesús Barroso Ochoa  
Mtro. Pedro Vargas Avalos  
Mtro. Vicente Cruz Silva  
Lic. Norma Martínez Lima



MÉXICO D.F.

JUNIO 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional Autónoma de México por la oportunidad de pertenecer a esta máxima casa de estudios y permitir mi desarrollo académico.

A mis padres ya que gracias a su esfuerzo, dedicación, guía, cariño y apoyo incondicional me han permitido convertirme en la persona que soy. Con admiración y amor este trabajo está dedicado a ustedes.

A mi hermano Diego por su ejemplo, apoyo incondicional, por ser inspiración, motivación y guía durante toda mi vida.

A Yvette Sánchez por su amistad y apoyo durante toda la carrera y el proceso de realización de este trabajo. Por ser mi compañera en el conocimiento y comprensión de la infancia desde el punto de vista de la psicología.

*Han existido bastantes depresiones infantiles tratadas,  
Aunque acaso no llegaron formalmente a diagnosticarse como  
tales”*

*Polaino*

# Índice

---

|  |            |
|--|------------|
| <b>Introducción</b> .....  | <b>6</b>   |
| <b>Introducción a la Depresión Infantil</b> .....  | <b>10</b>  |
| 1.1 <i>Antecedentes históricos de la Depresión Infantil</i> .....  | 10         |
| 1.2 <i>Definición de Depresión</i> .....   | 13         |
| 1.3 <i>Sintomatología de la Depresión</i> .....  | 14         |
| 1.4 <i>Factores que afectan el desarrollo que pudieran implicar depresión infantil</i> .....               | 29         |
| 1.5 <i>Comorbididad</i> .....  | 30         |
| <b>Manuales Diagnósticos</b> .....   | <b>33</b>  |
| 2.1 <i>Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)</i> .....   | 33         |
| 2.2 <i>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)</i> .....                         | 36         |
| 2.3 <i>Manual Diagnóstico y de Tratamiento para la Depresión en Niños y Adolescentes</i> .....             | 43         |
| 2.4 <i>Manuales para el Diagnóstico de Depresión Infantil Basados en los Síntomas de los Adultos</i> ..... | 45         |
| 2.5 <i>¿Cómo se diagnostica?, Comparación de criterios diagnósticos para adultos</i> .....                 | 45         |
| 2.5.1 <i>Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)</i> .....                                       | 45         |
| 2.5.2 <i>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)</i> .....                       | 46         |
| 2.5.3 <i>Manual Diagnóstico y de Tratamiento para la Depresión en Niños y Adolescentes</i> ...             | 49         |
| 2.6 <i>Comparación entre los diferentes manuales</i> .....   | 50         |
| 2.7 <i>Limitaciones y Ventajas de los Manuales de Clasificación</i> .....                                  | 57         |
| <b>Metodología</b> .....   | <b>60</b>  |
| 3.1 <i>Planteamiento del problema de investigación</i> .....   | 60         |
| 3.2 <i>Objetivo</i> .....  | 60         |
| 3.3 <i>Diseño de investigación: Análisis Documental</i> .....  | 61         |
| 3.4 <i>Metodología del Estudio</i> .....   | 63         |
| 3.5 <i>Resultados</i> .....  | 64         |
| 3.6 <i>Discusión de resultados</i> .....   | 96         |
| <b>Discusión</b> .....   | <b>102</b> |
| <b>Referencias Bibliográficas</b> .....  | <b>107</b> |

# Índice de Tablas

---

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1 <b>Etapas de desarrollo en la vida del ser humano y sus principales características.</b> .....  | 15 |
| Tabla 2 <b>Teorías del desarrollo</b> .....   | 17 |
| Tabla 3 <b>Síntomas asociados a la depresión en la infancia</b> .....   | 21 |
| Tabla 4 <b>Síntomas asociados a la depresión en niños de 0 a 5 años.</b> .....  | 23 |
| Tabla 5 <b>Síntomas asociados a la depresión en niños de entre 6 a 11 años (Periodo preescolar).</b> .....                                    | 25 |
| Tabla 6 <b>Síntomas asociados a la depresión en niños de entre 12 a 18 años.</b> .....  | 26 |
| Tabla 7 <b>Síntomas asociados a la depresión que comparte con otros trastornos.</b> .....   | 31 |
| Tabla 8 <b>Comparación de los criterios diagnósticos utilizados en los diferentes manuales diagnósticos.</b> .....                            | 50 |
| Tabla 9 <b>Comparación entre los síntomas asociados a la depresión en adultos y los síntomas asociados a la depresión en los niños.</b> ..... | 52 |
| Tabla 10 <b>Comparación entre los síntomas asociados a la depresión en los niños según la edad en la que se encuentran.</b> .....             | 54 |

# Introducción

---

El intercambio que existe entre la psicología y la psiquiatría ha permitido que aportes de ambas áreas sean tomados en cuenta a la hora de comprender e intervenir en algún tipo de disfunción o problema. Es así que el psicólogo es visto como el profesional competente para realizar un primer diagnóstico, el proceso psicoterapéutico y como un importante agente de apoyo para las familias de los pacientes, mientras que el psiquiatra se es el encargado de brindar apoyo medico que en conjunto con la psicoterapia le permiten llegar a tener una convivencia sana con el medio que los rodea, esto lo logra con la ayuda de los medicamentos adecuados a cada trastorno.

De esta manera desde el punto de vista psiquiátrico, los comportamientos desviados son considerados como enfermedades mentales, es decir son entidades con una evidente etiología biológica con factores causales necesarios y suficientes, de los cuales dependen, sin duda, los síntomas y signos. Una enfermedad se caracteriza porque, sin tratamiento, presenta un desarrollo invariante, predecible y responde también de un modo previsto a los tratamientos del caso. Siguiendo con esta corriente se considera que un importante número de problemas psicológicos deben ser calificados como enfermedades mentales, sosteniendo que cada trastorno mental constituye una entidad claramente delimitada, con características clínicas que constituyen síndromes diferenciados cualitativamente del funcionamiento sano (Ardouin, Bustos, Fernández, Gayó, y Jarpa, 2002).

Uno de los aportes entre la psicología y la psiquiatría es el uso de los manuales diagnósticos, los cuales con el entrenamiento adecuado pueden ser utilizados por ambos profesionales, estos manuales tienen el fin de generar diagnósticos confiables y válidos, se han creado diversos sistemas clasificatorios, entre los cuales destaca el CIE y el DSM.

Uno de los trastornos que es incluido en los manuales diagnósticos es la depresión. La cual de acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2012), 350 millones de personas padecen depresión en el mundo. La depresión está catalogada dentro de las enfermedades no transmisibles, y es preocupante la prevalencia que tiene ya que la depresión es la principal causa de discapacidad en los países desarrollados en términos de número total de

años perdidos por discapacidad y será la primera en todo el mundo para el año 2020.

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia que trasciende a lo que se considera como normal (DSM V, 2013).

Igualmente puede involucrar una pérdida de interés en actividades que eran consideradas como satisfactorias, se pueden presentar cambios en la cognición, como lo suelen ser un pensar ineficiente y elevada auto-crítica. Tiende a manifestarse sin importar la etapa de la vida en la que se encuentra el individuo, suele presentar varios episodios, por lo cual toma un curso recurrente con leves recuperaciones entre los episodios (Ministerio de salud Chile, 2013). La secretaria de salud (2014), ha encontrado que en México las personas que han sido diagnosticadas con depresión mayor la han presentado por periodos mayores a dos semanas, con una edad promedio que actualmente es de 24 años y con estado de ánimo triste, un cambio en el apetito, cambio en los hábitos de sueño, debilidad física y pensamientos morbosos como principales síntomas.

También se conoce que en México la depresión afecta entre 12 y 20% de las personas adultas, es decir, entre 18 y 65 años. Lo cual comparado con los datos que se tenían en el año 2012, en los cuales se encontró que la depresión afecta el 8% de los Mexicanos, realizando una comparación entre los datos actuales y los del año 2012 se puede notar un aumento en la prevalencia de este padecimiento. Y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica del 2003, que es la información estadística más reciente, en México uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. El más frecuente es la ansiedad (14.3 %), seguido por los trastornos por el uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%), de este último grupo la depresión es el más común (Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de México, 2014; Cruz, 2012).

Como mencionan los datos Hospital Psiquiátrico "Rubén N. Navarro", ubicado en la Ciudad de México, en la última década se ha registrado un incremento de 30% al año en los casos de depresión infantil, la depresión afecta entre el 0.4 % y el 2.5% de niños y se incrementa en la adolescencia llegando incluso hasta un 8.3%. De la misma manera la depresión genera entre otros trastornos como el intento de suicidio, casos que también van en aumento. Como muestran los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) indican que, en

México, los adolescentes representan el grupo de edad más vulnerable para el suicidio y se ha incrementado en la última década en un 42%. Las causas que se atribuyen principalmente son los problemas familiares y escolares, depresión, ansiedad, daño neurológico en etapas tempranas, así como el consumo de sustancias adictivas. También se tienen datos de el estado de Jalisco donde en el Hospital Civil de Guadalajara donde se han atendido en promedio 860 casos al año de menores de 15 años que padecen problemas de depresión y ansiedad. Datos que son alarmantes ya que sólo la décima parte recibe tratamiento y de éstas apenas uno por ciento se atiende con un médico especialista (Cruz 2012; Giribet, 2010).

Actualmente, existe un considerable, aunque todavía incompleto cuerpo de conocimiento sobre la ocurrencia, curso y tratamiento de la depresión en la infancia, que ha seguido evolucionando. Datos como los que aporta el Ministerio de salud Chile (2013) en los cuales se menciona que el realizar una inversión en el campo de la salud mental (como pueden ser concientización en la población, evaluación oportuna del desarrollo) como una manera de protección en etapas tempranas como lo son la infancia y adolescencia, se ve representado en un potencial desarrollado en tales etapas, teniendo así un efecto de prevención de enfermedades en los adultos o en que las patologías se presenten con menor severidad y en términos de ventajas económicas a observadas a nivel individual.

También investigaciones como la comparación que hacen Benjet et al. (2004) acerca de la depresión de inicio precoz y la que ocurre en la edad adulta encuentran que el 2% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez), el primero persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses), durante los cuales generalmente no reciben tratamiento, y por lo cual concluyen que la mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes.

Con el fin de aportar información sobre los criterios diagnósticos que permiten el diagnosticar depresión en los niños se realiza la siguiente investigación documental la cual tiene como objetivo: 1-el realizar una revisión teórica acerca de los contenidos de los manuales de diagnóstico psiquiátrico sobre los trastornos afectivos en la infancia y de esta manera conocer los alcances y limitaciones de los manuales. 2-Además conocer si existen síntomas para el diagnóstico de la depresión infantil, 3-conocer si estos síntomas son

equiparables o incomparables que los que se presenta en la edad adulta, 4-si hay desarrollo de test o inventariados de diagnóstico de la depresión infantil y 5-tratamientos específicos a esta población. La investigación se realiza mediante la metodología cualitativa con la técnica de análisis de documental la cual consiste en describir un documento en sus partes esenciales para su posterior identificación y recuperación. Y así realizar una revisión teórica acerca de los contenidos de los manuales de diagnóstico psiquiátrico sobre los trastornos afectivos en la infancia y de esta manera conocer los alcances y limitaciones de los manuales. La importancia de este tema radica en que las enfermedades mentales que antes resultaban exclusivas para los adultos cada vez son detectadas con más frecuencia en los niños y son difíciles de diagnosticar porque los niños no cuentan con la madurez suficiente para expresar los problemas que sufren y no necesariamente tienen los mismos síntomas que los adultos. Entonces podría diagnosticarse a un niño como depresivo cuando no lo es o no diagnosticar a un niño depresivo.

Este trabajo está compuesto por cuatro capítulos, en el primer capítulo se habla de los antecedentes históricos de la depresión en la infancia, se da una definición, se mencionan los síntomas característicos dividiéndoles en etapas críticas en el desarrollo, además de mencionar los factores que predisponen la aparición de la depresión (factores de riesgo), y se mencionan algunos otros trastornos con los cuales comparte una sintomatología.

En el segundo capítulo se habla acerca de los manuales que actualmente se utilizan para realizar un diagnóstico, los criterios que utiliza y las ventajas y desventajas de su uso. Además de realizar una comparación entre la sintomatología asociada a la depresión en adultos y la que se ha encontrado en los niños.

En el tercer capítulo se presenta la metodología utilizada para esta investigación y el análisis de Artículos Encontrados relacionadas a la depresión en la infancia, los cuales abarcan un rango de los últimos 5 años.

En el último capítulo se presentan las conclusiones.

# Introducción a la Depresión Infantil

---

## 1. Antecedentes históricos de la Depresión Infantil

Al realizar una revisión documental sobre el tema de la depresión se encuentran varios elementos donde aparecen referencias a niños o adolescentes con características definidas en la actualidad como parte de la depresión, sin embargo por la dificultad en la clasificación de las enfermedades psiquiátricas se dejó de lado la problemática emocional de los infantes, y las incluyo en los síndromes de adultos. Es así que se tiene la siguiente reseña histórica sobre la evolución del concepto de depresión, basada en los datos encontrados.

Con base en la creencia de que la depresión era exclusiva de la edad adulta y por ese motivo no se podía presentar en los niños, no era tomada en cuenta. No obstante el estudio de la depresión infantil comienza con el concepto de melancolía, que si bien siempre era empleada en adultos fue con la obra de Robert Burton “La anatomía de la melancolía” en 1661 (citado por Polaino, 1988 p. 27) se emplea este término en niños, y es así que en su obra resalta las experiencias durante la etapa infantil para el desarrollo óptimo. De esta manera el termino de depresión comienza a ser aceptado, además de ser apoyado por autores como Baker que en 1755 menciona que por la influencia de las emociones los niños podían enfermar (Polaino, 1997, 1988).

Polaino (1997) señala que durante el siglo XIX comienza la aparición de textos de psiquiatría infantil, y aparecen una gran cantidad de referencias acerca del suicidio infantil relacionado con la depresión, entre estas publicaciones se encuentra la de Parkinson en 1807 llamada “Observations on the excessive indulgence of children” donde se advierte que la melancolía se origina por pautas inconscientes, la felicidad e infelicidad dependen del trato de los padres hacia el niño y menciona que el temperamento se consolida en las primeras etapas de la infancia. Para 1845 Wilhelm en su obra “Pathologie and Therapie der Psychischen Kraskheiten” dedica un apartado a la patología infantil en el cual se afirmaba que las enfermedades como la manía y la melancolía se observan también en niños. Es así que Delasiuave en 1852 crea el primer texto monográfico sobre psiquiatría infantil, en el cual se hace un compilado de las patologías que podían afectar a los niños, entre las cuales él incluye la depresión. Desde la segunda mitad del Siglo XIX el concepto de depresión predomina y sustituye al de melancolía por completo.

Un ejemplo del trabajo en niños es el del médico Jean Félix Descuret quien en 1855 en su trabajo “les merveilles du corpus humain” describe el primer caso registrado de un niño diagnosticado de nostalgia infantil, un pequeño que fue enviado con una nodriza y regresado a su hogar paterno a la edad de dos años gozando de un excelente estado de salud, durante el tiempo que estuvo al cuidado de su nodriza en la casa paterna su salud permaneció pero al partir ella el niño se puso pálido, triste y moroso, se hacía insensible a las caricias de sus padres, rehusaba los manjares que más le agasajaban pocos días antes. Los padres alarmados se pusieron en contacto con el doctor Hipólito Petit, él reconoció los primeros síntomas de nostalgia y recomendó frecuentes paseos y todas las distracciones infantiles. Estas recomendaciones normalmente eficaces resultaron inútiles ya que el niño pasaba horas enteras tristemente inmóvil, fijos los ojos en la puerta por la cual había visto salir a su nodriza razón por la cual se decidió que la nodriza regresara y a su regreso el niño tuvo un cambio y la melancolía impresa en su semblante cedió cambio por una irradiación del éxtasis (Guillen, Gordillo, Ruiz, Gordillo y Gordillo, 2013).

Aún con los avances que se habían tenido anteriormente en cuanto a la investigación al comenzar a documentar casos de niños con sintomatología que no era común en ellos, es partir del primer tercio del siglo XX cuando comienza un interés más profundo en investigar a la depresión infantil, con obras como el “Compendio de Psiquiatría Infantil” de Augusto Vidal Perera en 1907 en el cual se observan referencias concretas de la sintomatología del niño melancólico y da una orientación terapéutico pedagógica. También está la obra de Isidro Martínez Roig en 1911 en la cual describe un caso de depresión melancólica delirante de un niño de diez años. Para 1913 Lafora describe un caso de locura maniacodepresiva- e hipertiroidismo (Paulino, 2013; Polaino, 1997).

Como parte de los avances que se presentaron sobre el tema Kielholz en 1959 presenta la Teoría de la depresión enmascarada la cual actualmente es definida como:

Todos aquellos cuadros no observables a los usuales síntomas psíquicos de la depresión pero que por determinados indicadores indirectos que pueden delatar su pertenencia al círculo depresivo; interpretando esta pertenencia en sentido de una variedad formal de la depresión, con una base biológica común (Chávez , 2014 p.5 ).

Es así que el término es utilizado para referirse a un tipo de depresión en el adulto y que posteriormente fue trasladado a la psiquiatría infantil por Neisser, y se caracteriza por molestias somáticas, problemas de conducta y las manifestaciones de delincuencia, las cuales se asignaban al modo especial de manifestarse habitualmente la depresión en la edad prepuberal, dejando claro que no suponen una representación como máscara oculta de la depresión subyacente, sino que constituyen la expresión semiológica propia de la depresión a estas edades (Guillén et al., 2013).

Los psiquiatras se resistían a creer que la depresión infantil presentara las mismas características que los adultos y que pudiese ser tratada de la misma manera. Esta opinión permanece hasta 1971 cuando en el congreso IV de la unión de paidopsiquiatras europeos, se dedica al intercambio de puntos de vista y de ideas relacionadas con el tratamiento de los estados depresivos en niños y adolescentes, llegando a considerar de que es posible que se presenten estas características en los niños (Calderón, 2001).

Es hasta 1977, con la publicación de las actas del congreso de Nacional del Intitute of Mental Health (NIMH) y con la publicación del DMS III en 1980, que se acepta la existencia de la depresión infantil, con la posibilidad de ser diagnosticada con los mismos criterios de los adultos (Herrera, 2009).

A pesar de esta aprobación por el congreso de la unión de paidopsiquiatras, existen dos escuelas que tratan de explicar la Depresión infantil. La primera defiende la postura de Krapelin de las ideas delirantes de culpa, estados depresivos, tendencias suicidas, e inhibiciones dolorosas. La segunda postura la tienen los paidopsiquiatras basados en las investigaciones más recientes los cuales tratan de adoptar una clasificación nosológica similar a la que se ha utilizado en el adulto, con lo cual se amplía el concepto de la depresión para poder abarcar todos los trastornos que son asociados con alteraciones depresivas del humor que se presenta con más frecuencia en la mañana y se caracteriza por la falta de energía vital. A finales del siglo XX y principios del siglo presente la depresión infantil ya ha tomado importancia, se hacen análisis de epidemiología, técnicas de diagnóstico entre otros (Calderón, 2001).

El desarrollo de la psiquiatría además del cambio social, ha generado grandes cambios en la conceptualización de los trastornos psicológicos en general en los últimos 40 años, se puede hablar de que los autores han iniciado la investigación sobre problemas emocionales en niños que anteriormente no eran tomados en cuenta.

Los psiquiatras como mencionan Bonet de Luna y Marín (2011) también han tenido un cambio en la conceptualización de la depresión, sostenido cuatro hipótesis sobre la Depresión en los niños, predominando actualmente la última.

- ✓ Las depresiones no existen en los niños.
- ✓ Psicopatológicamente no hay diferencias entre la depresión infantil y la adulta.
- ✓ Toda depresión en la infancia está enmascarada.
- ✓ Las depresiones de los niños son frecuentes y su sintomatología es específica de la edad y del desarrollo.

Es así que actualmente existe un cambio en el pensamiento sobre la salud mental de los seres humanos, ya que primariamente psicólogos y psiquiatras pensaban que no se podían presentar los mismos trastornos que presentan los adultos en la infancia, lo mismo paso con la depresión, se pensó que no se podía presentar la misma sintomatología depresiva en los niños que en los adultos, por lo cual no se podía ni considerar la idea de la depresión en la infancia como un trastorno definido, ya que se pensaba que no se podía presentar ya que el desarrollo cognitivo de los niños no parecía lo suficiente avanzado, o presentaban las características ya conocidas para considerar la depresión en ellos. Es entonces que no se tienen estudios detallados, ni pruebas psicológicas y falta de tratamientos específicos a esta población. A continuación se da una descripción acerca de la concepción que se tiene actualmente sobre la depresión.

## **1.2 Definición de Depresión**

La depresión es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2014 como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede avanzar hasta hacerse crónica o recurrente, dificultar el desempeño y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio, mientras que si se presenta de manera leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser

tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

La Asociación de Psiquiatría Americana (2013) a través de el DSM en su quinta edición da una definición muy parecida considerando a la depresión como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. De esta manera la sintomatología que presenta la depresión es la siguiente.

### **1.3 Sintomatología de la Depresión**

Se tienen como síntomas asociados a la depresión en adultos aceptados por la OMS (2014) y por la APA (2013) los siguientes:

- Presencia de tristeza.
- Pérdida de interés o placer.
- Sentimientos de culpa.
- Falta de autoestima.
- Trastornos del sueño o del apetito.
- Sensación de cansancio.
- Falta de concentración.

Una explicación para la aparición de esta sintomatología la brindan Zúñiga, Sandoval, Urbina, Juárez, y Villaseñor (2005) los cuales mencionan que depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida, dentro de espacios culturales estereotipados. La cual coincide con las que la OMS brinda en el 2014 en la cual menciona que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Se debe tener en cuenta que existen diferencias en cada etapa de vida de cada persona (Primera infancia, Segunda infancia, Tercera infancia, Adolescencia, Juventud, Madurez, Adulthood y Vejez, véase Tabla 1) , mientras que los adultos ya culminaron sus etapas de maduración, crecimiento y desarrollo, de alguna forma desarrollaron estrategias o un aprendizaje para el manejo o convivencia con la depresión, mientras que el niño se encuentra cursando estas etapas (Primera infancia, Segunda infancia, Tercera infancia) las cuales son críticas para lograr un desarrollo óptimo de sus capacidades físicas, intelectuales y afectivas, por lo cual el niño es percibido como una persona en desarrollo y evolución ya que está pasando por cambios para llegar a su maduración y es de vital importancia el que se le brinden las herramientas adecuadas para que pueda lograrlo de la manera más óptima.

Tabla 1

**Etapas de desarrollo en la vida del ser humano y sus principales características.**

| <b>Periodo o etapa</b>  | <b>Edad</b>                             | <b>Características generales</b>   |
|-------------------------|---|--|
| <b>Prenatal</b>         | Desde la concepción hasta el nacimiento | Comprende el proceso de desarrollo que ocurre entre la concepción y el nacimiento, el tiempo e que el organismo humano crece de una célula a miles de células  |
| <b>Primera infancia</b> | Desde el nacimiento a los 3 años        | Es una etapa de cambios gracias a los cuales se desarrolla la capacidad y coordinación motora del niño, además de sus capacidades sensoriales y lenguaje, aprenden a expresar sentimientos y emociones básicas y desarrolla cierta independencia y sentido de si mismo |

|   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| <b>Segunda infancia-<br/>Niñez temprana-<br/>Preescolar</b> | Desde los 3 años a los 6 años      | Presentan un rápido crecimiento, y un rápido desarrollo cognoscitivo y de lenguaje, comienza a desarrollar un autoconcepto así como identidad                                      |
| <b>Tercera infancia-<br/>Niñez intermedia-<br/>Escolar</b>  | Desde los 6 años a los 12 años     | Hacen avances en su habilidad para la lectura y aritmética; para comprender su mundo y pensar de manera lógica   |
| <b>Adolescencia</b>   | De los 12 a los 18 años            | Acontece la maduración sexual , empieza el pensamiento de independencia, y se rompe el lazo con los padres para prepararse para la vida adulta                                     |
| <b>Juventud</b>   | De los 18 años a los a los 35 años | Se deben resolver retos como el alcanzar una intimidad, elegir una carrera y lograr el éxito vocacional. Muchas de estas decisiones establecen el escenario para la vida posterior |
| <b>Madurez</b>  | De los 35 años a los 50 años       | Se tiene estabilidad después del crecimiento y presentan estabilidad con los escenarios elegidos   |
| <b>Adultez</b>  | De los 50 años a los 60 años       | Se alcanza el máximo desarrollo , es necesario ajustarse a los cambios corporales y a las situaciones emocionales, sociales y laborales  |
| <b>Vejez- Tercera edad-<br/>Plenitud</b>                    | De los 65 años en adelante         | Es un momento de ajustes, ocurren cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales  |

Tabla 1. Muestra las etapas que existen a lo largo de la vida del ser humano y sus principales características.

De esta manera es importante considerar que el niño está en proceso de desarrollo de sus habilidades cognitivas y en todas las áreas como lo demuestran autores como Piaget, Erickson, Freud y Wallon que han estudiado el desarrollo (véase Tabla 2). Así las reacciones emocionales ocupan al principio la vida y de forma evidente el primer plano de la vida afectiva del niño, su presencia esta ya manifestada en el recién nacido y en el lactante, aunque en ese momento es prematuro hablar de sentimientos. Los niños pequeños exteriorizan sus emociones con facilidad ya que pasan de la rabieta al llanto y a la risa con gran facilidad a medida que el niño crece a partir del aprendizaje social, aprenden a modular la expresión de sus emociones. Sin embargo, las emociones se producen en forma independiente de la voluntad y que alguien desarrolle destrezas para ocultarlas sólo explica una capacidad de ocultamiento, pero de ninguna manera niega el hecho de la emoción misma, que siempre se experimenta como un fenómeno interno (Watson, 1977; Álvarez, 2004).

Tabla 2

**Teorías del desarrollo**

| Etapa a autor | Piaget   | Erickson   | Freud  | Wallon   |
|---------------|--|--|--|--|
| <b>1º</b>     | Sensoriomotor<br>De 0 a 2 años<br>La conducta del niño es esencialmente motora, no hay representación interna de los acontecimientos externos, ni piensa de mediante conceptos | Confianza vs Desconfianza<br>De 0 a 18 meses<br>La relación con la madre determinará los futuros vínculos que se establecerán con las personas a lo largo de su vida. Es la sensación de confianza, vulnerabilidad, frustración, satisfacción, seguridad... la que puede | Oral<br>De 0 a 2 años<br>Es el primer momento en la evolución de la personalidad del individuo. Se caracteriza por dirigir la libido hacia la boca y buscar la satisfacción gracias a la actividad de succión. | Impulsividad motriz y emocional<br><br>De 0 a 1 año<br>La emoción permite construir una simbiosis afectiva con el entorno. |

|           |  | determinar la calidad de las relaciones.   |   |  |
|-----------|--|--|---|--|
| <b>2º</b> | Operacional<br>2 años a 7 años<br>Es la etapa del pensamiento y del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales, u el desarrollo del lenguaje hablado.     | Autonomía vs Vergüenza y duda<br>18 meses a los 3 años<br>Durante este estadio el niño emprende su desarrollo cognitivo y muscular, cuando comienza a controlar y ejercitar los músculos que se relacionan con las excreciones corporales.   | Anal<br>2 y 3 años<br>La libido se dirige hacia el ano y la satisfacción sobreviene por la expulsión o retención de las heces.  | Sensoriomotriz y emocional<br>De 1 a 2 años<br><br>La actividad sensoriomotriz permite manipular objetos y la imitación. |
| <b>3º</b> | Operaciones concretas<br>7 a 11 años<br>Los procesos de razonamiento se vuelven lógicos y pueden aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los | Iniciativa vs Culpa<br>3 hasta los 5 años<br>El niño empieza a desarrollarse muy rápido, tanto física como intelectualmente. Crece su interés por relacionarse con otros niños, poniendo a prueba sus habilidades y capacidades. Los niños sienten curiosidad y es positivo motivarles para desarrollars | Fálica<br>4 a 6 años<br>Es fundamental para el desarrollo del psiquismo, ya que ella se produce el complejo de Edipo y el complejo de Electra. El niño dirige el impulso erótico hacia sus genitales y consigue la satisfacción el varón mediante el juego con su pene y la niña con su clítoris, o mediante la | Personalismo<br>3 a 6 años<br>Toma de conciencia y afirmación de la personalidad en la construcción del yo               |

|    |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|
|    | esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de los efectos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad  | e creativamente. En caso de que los padres reaccionen de negativamente a las preguntas de los niños o a la iniciativa de éstos, es probable que les genere sensación de culpabilidad.  | masturbación.  |  |
| 4° | Operaciones formales 11 años en adelante En esta etapa el adolescente logra la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico inductivo y deductivo. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de la personalidad, hay un mayor desarrollo de los conceptos morales. | Laboriosidad vs Inferioridad 7 años a 12 años. Los niños muestran un interés genuino por el funcionamiento de las cosas e intentan llevar a cabo muchas actividades por sí mismos, con su propio esfuerzo y poniendo en uso sus conocimientos y habilidades. En el caso de que esto no sea bien acogido o sus fracasos motiven las comparaciones con otros, el niño puede desarrollar cierta sensación de inferioridad que le hará sentirse inseguro frente a los demás. | Latencia 6 años a la pubertad En esta fase y como consecuencia de la aparición del superyó el niño reprime sus sentimientos idílicos e inhibe sus apetitos erótico-sexuales. | Pensamiento categorial 7 a 11 años La conquista y el conocimiento del mundo exterior |

|           |  |  |  |
|-----------|--|--|--|
| <p>5°</p> | <p>Exploración de la Identidad vs Difusión de Identidad<br/>La adolescencia<br/>Los adolescentes empiezan a mostrarse más independientes y a tomar distancia de los padres.<br/>Comienzan a pensar en el futuro y a decidir qué quieren estudiar, en qué trabajar, dónde vivir, etc. Esta búsqueda va a causar que en múltiples ocasiones se sientan confusos acerca de su propia identidad.</p> | <p>Genital<br/>pubertad en adelante<br/>En esta etapa, el niño, tras la superación del complejo de Edipo, orienta su deseo sexual fuera de la familia, hacia personas del sexo opuesto y convierte la relación genital reproductora en el objetivo del instinto sexual .</p> | <p>Pubertad y adolescencia<br/>12 años<br/>Contradicción entre lo conocido y lo que se desea conocer.<br/>Conflictos y ambivalencias afectivas, desequilibrio.</p> |
|-----------|--|--|--|

Tabla 2. Muestra la postura de diversos autores sobre los cambios que sufre el ser niño a lo largo de su desarrollo.

También Gratiot y Zazzo (1984) mencionan que el factor maduración es el que afecta más profundamente y de una manera más duradera del desarrollo emocional de niño, los principales efectos de la maduración:

- El comportamiento emocional tiende a estabilizarse. En la primera infancia se presentan cambios bruscos del humor, con la edad, las emociones adquieren duración y consistencia.
- Desde la primera infancia comienza a extenderse en tiempo y ampliarse el campo en que se producen las emociones, este movimiento persiste y se acelera a lo largo de toda la niñez, e incluso de la adolescencia.
- El poder de inhibición del niño pequeño sobre sus emociones y manifestaciones es prácticamente nulo, es a medida que con el niño crece

es capaz de realizar rabietas con menor fuerza física pero mayor contenido verbal.

- Lo que comúnmente pierden las emociones en violencia lo ganan en variedad y riqueza.
- A medida en que la vida social del niño se enriquece y se hace compleja, sus emociones tienden a socializarse cada vez en mejor grado.

Tomando en cuenta estas diferencias entre los niños y los adultos para expresar sus emociones, se consideran las siguientes investigaciones como las propuestas por el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia en 2009, la de Palacios et al. (2010); Espino, Flores, y García (2012), y la de Guillen et al. (2013). En las cuales se plantea que debido a este proceso evolutivo una depresión en niños presentaría una tendencia a un comienzo más encubierto, ya que suele ser caracterizado por irritabilidad más que por tristeza, y ocurre más a menudo que estos síntomas son asociados con otras condiciones tales como ansiedad, trastorno de conducta, hiperactividad y problemas de aprendizaje. La gravedad de la depresión puede ser definida por el nivel de deterioro y la presencia o ausencia de cambios psicomotores y síntomas somáticos. De esta manera mencionan que los principales síntomas que suelen presentar son los siguientes:

Tabla 3

**Síntomas asociados a la depresión en la infancia**

| <b>Área/Esfera Afectada</b> | <b>Síntomas</b>   |
|-----------------------------|---|
| <b>Emocional</b>            | Tristeza<br>Pérdida de interés<br>Cambios bruscos de humor<br>Falta de sentido del humor<br>Desesperanza<br>Irritabilidad<br>Lloros excesivos/ Llanto inexplicable<br>Ansiedad<br>Pérdida/ Abandono |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>Conductual</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Protestas</li> <li>Riñas</li> <li>Desobediencia</li> <li>Rabietas</li> <li>Indisciplina escolar</li> <li>Delincuencia</li> <li>Drogas</li> <li>Piromanía</li> <li>Conducta agresiva</li> </ul>  |
| <b>Cognitivo</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de concentración</li> <li>Pérdida de memoria</li> <li>Pesimismo</li> <li>Desesperanza</li> <li>Indecisión</li> <li>Culpabilidad</li> <li>Baja autoestima</li> <li>Ideas de suicidio</li> <li>Pensamientos morbosos</li> <li>Bajo rendimiento</li> <li>Frustración</li> <li>Pensamientos autocríticos</li> </ul> |
| <b>Psicosomática</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enuresis</li> <li>Pérdida de energía</li> <li>Fatiga/ Cansancio</li> <li>Pérdida/Ganancia de peso</li> <li>Dolores múltiples</li> <li>Pesadillas/ Terrores nocturnos</li> <li>Problemas sueño</li> </ul>  |
| <b>Motor</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Inexpresividad</li> <li>Hipoactividad</li> <li>Letargo</li> <li>Enlentecimiento</li> <li>Hiperactividad/ Aumento de la actividad motora</li> </ul>  |
| <b>Social</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aislamiento</li> <li>Soledad</li> <li>Retraimiento</li> <li>Incompetencia social</li> </ul>   |

Tabla 3. Muestra los síntomas característicos de la depresión en la infancia, según el área que se ve afectada.

Todas estas manifestaciones se pueden presentar en cualquier niño, es por eso que es muy importante tomar en cuenta el tiempo de duración y situación en que estas manifestaciones afectivas se presentan y desaparecen, sintomaticamente, también se debe considerar la edad del niño, como se muestra más adelante existen características específicas a tener en cuenta en cada edad.

Para poder explicar esto de manera más detallada, se divide el desarrollo del niño en tres etapas, en las cuales de acuerdo con el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009), Palacios et al. (2010), Espino et al. (2012) y Guillen et al. (2013), son de los 0 a los 5 años, de los 6 a 11 años y de 12 a los 18 años y en cada una de ellas se presentan características específicas.

Tabla 4

**Síntomas asociados a la depresión en niños de 0 a 5 años.**

| <b>Área/Esfera Afectada</b> | <b>Síntomas que se presentan de 0 a 5 años</b>   |
|-----------------------------|--|
| <b>Emocional</b>            | Pérdida de interés<br>Irritabilidad<br>Llanto inexplicable<br>Ansiedad<br>Dificultad con el desarrollo emocional   |
| <b>Conductual</b>           | Rabietas frecuentes<br>Menor capacidad de protesta<br>Disminución de iniciativa  |
| <b>Cognitivo</b>            | Pérdida de interés en sus juegos habituales<br>Apatía  |
| <b>Psicosomática</b>        | Cansancio excesivo<br>Pérdida de peso y talla<br>Trastornos del apetito<br>Pesadillas/ terrores nocturnos<br>Problemas sueño<br>Quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales)<br>Trastornos de eliminación (encopresis, enuresis) |

|               |  |
|---------------|--|
| <b>Motor</b>  | Hiperactividad/ aumento de la actividad motora<br>Retraso psicomotor |
| <b>Social</b> | Incompetencia social   |

Tabla 4. La cual muestra los síntomas que están asociados a los niños con depresión de 0 a 5 años, según el área que se ve afectada.

En esta etapa abarca la primera infancia y la educación inicial (del nacimiento a las 5 años). Debido a las características de estas edades es posible encontrar síntomas de depresión principalmente en la etapa de educación inicial (a partir de los 3 años) son ansiedad, irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto inexplicable, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés en sus juegos habituales, cansancio excesivo, aumento de la actividad motora, apatía, falla en alcanzar el peso para su edad, retraso psicomotor o dificultad con el desarrollo emocional, menor capacidad de protesta, disminución de iniciativa y repertorios sociales y trastornos del sueño, apetito y peso. También suele ser común que en los niños muy pequeños la depresión suele asociarse principalmente con los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis).

Guillen et al. en el 2013 mencionan que también suelen presentarse diferentes tipos de depresión en esta etapa:

- Depresión por deprivación y analítica: observada con lactantes entre 6 y 12 meses separados de sus madres, que presentaban sintomatología descrita como depresión, principalmente una conducta llorona que contradecía su previo comportamiento feliz habitual, conducta que después de un tiempo dio lugar a retraimiento. Se quedaban inmóviles en su cuna, la cara apartada, negándose a tomar parte en la vida de sus alrededores
- Depresión sensoromotriz: afecta a la etapa sensoromotriz del niño con inhibición del lenguaje, retraimiento, humor irritable, llanto frecuente que va perdiendo intensidad y se vuelve un gimoteo y llanto irritable, desaparece la sonrisa social y de reconocimiento, con posibles enfermedades físicas (vómitos, diarrea...). La cual suele presentarse de forma aguda, con un curso rápido, de horas a días y se vuelve cíclica o crónica si la madre no alivia el sentimiento depresivo.

- Depresión somatogénicas: se origina como consecuencia de una condición médica dominante.
- Formas psicóticas precoces, cuadro psicótico que se acompaña de sintomatología depresiva en algunos periodos.

Tabla 5

**Síntomas asociados a la depresión en niños de entre 6 a 11 años (Periodo preescolar).**

| <b>Área/Esfera Afectada</b> | <b>Síntomas que se presentan de 6 a 11 años</b>  |
|-----------------------------|--|
| <b>Emocional</b>            | Tristeza<br>Pérdida de interés y Motivación<br>Cambios bruscos de humor<br>Irritabilidad<br>Pérdida/ Abandono<br>Aumento de nerviosismo                        |
| <b>Conductual</b>           | Desobediencia<br>Trastornos de conducta<br>Conducta agresiva<br>Conducta agresiva o perturbadora<br>Cambio brusco en el comportamiento<br>Apatía               |
| <b>Cognitivo</b>            | Falta de concentración<br>Culpabilidad<br>Baja autoestima<br>Ideas recurrentes sobre la muerte<br>Bajo rendimiento<br>Frustración<br>Pensamientos autocríticos |
| <b>Psicosomática</b>        | Pérdida/Ganancia de peso<br>Dolores múltiples<br>Pesadillas/ Terrores nocturnos<br>Problemas sueño<br>Trastornos del control de esfínteres                     |
| <b>Motor</b>                | Inhibición psicomotriz<br>Hiperactividad/ Aumento de la actividad motora<br>Agitación<br>Torpeza y predisposición a accidentes                                 |

|               |  |
|---------------|--|
| <b>Social</b> | Aislamiento<br>Problemas con iguales<br>Incompetencia Social |
|---------------|--|

Tabla 5. La cual muestra los síntomas que están asociados a los niños con depresión de 6 a 11 años, según el área que se ve afectada.

En esta etapa el principal medio de expresión es el cuerpo, ya que existe una limitada expresión verbal. Por ese motivo las formas de depresión más frecuentes son las latentes o encubiertas, cuyos síntomas no parecen ser depresivos. Se puede presentar un estado de ánimo disforico, sin embargo es más común que presenten cambios en el juego, los sueños y las pesadillas en las cuales comienzan a predominar los temas como culpabilidad, frustración, pérdida, abandono, surgen pensamientos muy autocríticos, por los que tiende a disculparse continuamente, a buscar la alabanza y la tranquilidad. Se aprecia en gran medida una falta de interés y motivación por el rendimiento escolar y las relaciones con los compañeros, además de un cambio brusco en el comportamiento, encontrando payasadas en un niño que era antes callado o retraimiento en uno comunicador.

Tabla 6

**Síntomas asociados a la depresión en niños de entre 12 a 18 años.**

| <b>Área/Esfera Afectada</b> | <b>Síntomas que se presentan de 12 a 18 años</b>  |
|-----------------------------|---|
| <b>Emocional</b>            | Anhedonia<br>Tristeza<br>Cambios bruscos de humor<br>Falta de sentido del humor<br>Desesperanza<br>Irritabilidad<br>Ansiedad<br>Pérdida/ abandono<br>Sentimientos de vacío y soledad. |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>Conductual</b>    | Protestas<br>Riñas<br>Desobediencia<br>Conducta Agresiva<br>Consumo de sustancias<br>Nulo interés por el comportamiento sexual o promiscuidad<br>Conducta autodestructiva.  |
| <b>Cognitivo</b>     | Falta de concentración<br>Pérdida de memoria<br>Pesimismo<br>Desesperanza<br>Baja autoestima (autorreproches, autoimagen deteriorada )<br>Ideas de suicidio<br>Pensamientos morbosos<br>Pensamientos autocríticos |
| <b>Psicosomática</b> | Pérdida de energía<br>Fatiga/ cansancio   |
| <b>Motor</b>         | Inexpresividad<br>Hipoactividad   |
| <b>Social</b>        | Aislamiento<br>Conducta disocial<br>Hipersensibilidad con retraimiento social   |

Tabla 6. La cual muestra los síntomas que están asociados a los niños con depresión de 12 a 18 años, según el área que se ve afectada.

En la última etapa que abarca de los 11 a los 18 años, se encuentran la pubertad y la adolescencia, periodo en cual los jóvenes normalmente tienden hacia la depresión, por lo que se hace especialmente importante poder diferenciar entre la etapa normal del estado de ánimo depresivo y la depresión clínica, ya que muchas de las depresiones adolescentes no son diagnosticadas al confundir los síntomas con la crisis adolescente. La sintomatología en esta edad es muy variada y cicladora y la atipicidad propia de los cuadros depresivos de la adolescencia va disminuyendo a medida que el sujeto se aproxima al límite de edad adulta. En las depresiones adolescentes, los datos psíquicos cuentan mucho menos, pues la subjetividad todavía no se ha desarrollado suficientemente y además ocurre que, el adolescente afecto de molestias subjetivas depresivas, suele esforzarse intuitivamente en asignar al

trastorno un origen orgánico, lo cual implica una elaboración secundaria, que puede enmascarar los datos subjetivos originarios.

También en la edad puberal los síntomas son semejantes, y aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones pueden tener pensamientos relativos al suicidio.

Así a acorde se acerca la adolescencia se presenta sintomatología depresiva se encuentra un cambio en la actitud frente al esfuerzo y responsabilidad en sus tareas y disminuye la autoestima, sintiéndose defraudados a sí mismos y a los demás e intentan defenderse de este sentimiento con la negación, fantasías omnipotentes, o evadiéndose mediante consumo de sustancias. Pueden mostrar nulo interés por el comportamiento sexual o promiscuidad como defensa del sentimiento de vacío y soledad, teniendo en ocasiones calidad autodestructiva. Existe una mayor vulnerabilidad para el comportamiento suicida, que aumenta a estas edades, llevándolo a cabo la mayoría de las veces de forma violenta, con pensamientos mal organizados y sin un plan definido.

Es frecuente que el trastorno depresivo en estas edades se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

Como se puede notar estas investigaciones mencionan que se presenta un cambio en los síntomas cambian en función de la edad del niño, a lo largo del desarrollo se puede definir una sintomatología depresiva más o menos específica de cada etapa, en la infancia la depresión aparece de manera desorganizada sin los síntomas que comúnmente se le asocian, y es a medida que el niño se introduce en la adolescencia, cuando se toma un desarrollo estructurado, con un curso más crónico, aunque con altos y bajos. Y es en la adolescencia cuando aumenta el riesgo de que la depresión persista en la edad adulta. En la infancia la sintomatología presenta quejas somáticas, ansiedad, irritabilidad, rabietas, aislamiento social y conectado a trastorno de ansiedad por separación, siendo las formas latentes y encubiertas las más frecuentes.

#### **1.4 Factores que afectan el desarrollo que pudieran implicar depresión infantil**

Muchos factores pueden influir en su aparición, para poder explicarlos se han dividido en dos grupos, los factores biológicos y los factores psicosociales.

Dentro de los factores biológicos se encuentran:

- **Sexo:** para los trastornos depresivos se presentan en la misma proporción en niños que en niñas, es hacia la primera mitad de la adolescencia donde aumenta la proporción en un 2:1 o 3:1 en la población femenina, se puede explicar este aumento a los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a este (Aslund, 2008).
- **Genéticos:** se ha encontrado que hasta un 20-50% de los niños o adolescentes con trastornos depresivos tienen el antecedente de algún familiar, ya sea padres, abuelos, tíos o hermanos que tienen o tuvieron alguna vez en su vida algún episodio de depresión o de otra enfermedad mental (Richardson, 2005).
- **Alteraciones de la estructura del cerebro y en los neurotransmisores:** desequilibrios químicos en el cerebro, los cuales pueden ser hereditarios o causados por sucesos de la vida de la persona, el principal neurotransmisor relacionado con la depresión es la serotonina, un neurotransmisor que se encarga de regular diferentes funciones como el ánimo, los impulsos y el apetito (Cárdenas, 2010).

Factores psicosociales los factores familiares y el contexto social juegan un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo. Además las bajas condiciones económicas, culturales y educativas pueden afectar negativamente al niño, favoreciendo el desarrollo de expectativas negativas en relación a sus logros.

- **Familia:** el niño cuanto más pequeño más depende de su ambiente familiar para cubrir sus necesidades, siendo la familia un elemento primordial la falta de cohesión y frialdad afectiva, exceso de crítica y control, pérdidas, separaciones, enfermedades psiquiátricas de los padres,

experiencia estresantes intensas pueden ser precipitantes en el desarrollo de episodios depresivos (Espino et al., 2012).

- Colegio: el niño pasa la mayor parte de su tiempo en este ámbito en el cual pueden existir aspectos como un tipo de enseñanza muy estricta y con un nivel muy alto de exigencia y las dificultades en la relación con los iguales. El acoso por parte de iguales o *bullying* y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son factores de riesgo de depresión (Aslund, 2007; Espino et al. 2012).
- Afectividad negativa: la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración) y esto conlleva una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas (Garber, 2006).

Es así que estos factores pueden ser considerados factores de riesgo para favorecer el que un niño presente síntomas depresivos, sin embargo no son determinantes. Así como existen características que pueden favorecer la aparición de la depresión, existen trastornos cuyas características se pueden confundir o las comparte con la depresión.

## 1.5 Comorvilidad

La sintomatología de la depresión infantil presenta una serie de características peculiares respecto a la depresión en los adultos, ya que el niño es un ser en formación y está atravesando por diferentes procesos para poder lograr un desarrollo integral es también que por esta razón sus síntomas no pueden ser siempre asociados a un único origen.

Acosta et al. (2010) en su investigación sobre la comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años, después de aplicar screen for child anxiety related emocional disorder (SCARED) y el Children Depression Inventory (CDI) indican que la depresión en la infancia es difícil de poder diagnosticar ya que se considera un trastorno interiorizado, también suele presentar comorbilidad en cualquiera de sus 2

variantes: con comorbilidad homotípica o coexistencia simultánea entre trastornos de un mismo grupo diagnóstico que son continuos en el tiempo y con la comorbilidad heterotípica o coexistencia entre trastornos de diferente grupo diagnóstico.

Saklofske y Hildebrandt en su artículo sobre la depresión infantil (2001) sugieren que muchas veces es difícil lograr un diagnóstico ya que las características que presenta un niño deprimido las comparte con otros trastornos.

Tabla 7

**Síntomas asociados a la depresión que comparte con otros trastornos.**

| <b>Condición</b>                         | <b>Síntomas básicos que la depresión comparte con otros trastornos</b>   |
|--|--|
| <b>Ansiedad</b>                          | Agitación, síntomas físicos.   |
| <b>Trastornos de la conducta</b>         | Problemas de conducta o disciplina (comportamientos para llamar la atención).  |
| <b>Trastorno por déficit de atención</b> | Dificultad de concentración, rendimiento académico bajo, autoestima baja.  |
| <b>Fobia a la escuela</b>                | Quejas de molestias físicas, agitación, rendimiento académico bajo.  |
| <b>Falta de destrezas sociales</b>       | Aislamiento social, mala conducta, problemas de disciplina.  |
| <b>Enfermedades físicas</b>              | Quejas de molestias físicas, cambio en el apetito, cansancio.  |
| <b>Trastorno en hábitos alimenticios</b> | Aumento o disminución de peso corporal, falta de ganancia de peso crecimiento inadecuado para su edad, cambios en el apetito, autoestima baja. |

Tabla 7. Muestra los signos que comúnmente son asociados con la depresión que se comparten con otros trastornos, principalmente en niños de entre 12 a 18 años.

El diagnóstico se hace más complicado al tratarse de pacientes tan jóvenes como los niños ya que estos tienen dificultad para identificar como depresión lo que les ocurre, y a los adultos que conviven con el menor no creen que a esa edad se sufra de depresión, motivo por el cual se diagnostica la depresión como algún otro diagnóstico cuando no lo es, o si se presentan dos patologías

únicamente se diagnostica la que es comúnmente asociada a niños dejando la otra son atención. Por esta razón es importante conocer si:

- Si existe dificultad para realizar el diagnóstico en niños basado en los manuales diagnósticos.
- Basado en las investigaciones recientes ¿se pueden considerar los mismos criterios diagnósticos de adultos para los niños?
- ¿Los métodos de entrevista, aplicación de inventarios etc. son fiables para el diagnóstico en adultos y niños?

El fenómeno de la depresión es frecuente, se ha estudiado predominantemente en adultos, los síntomas principales son: presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Las investigaciones de la última década da cuenta de la necesidad de reconceptualizar la definición de depresión en niños, aumentar las investigaciones, especializar los tratamientos psicológicos, generar programas preventivos a la familia y a la comunidad. Sobre el tema de la sintomatología de la depresión en la etapa de la infancia se revisaran los manuales que actualmente son utilizados para su diagnóstico.

# Manuales Diagnósticos

---

A lo largo de la historia se ha tenido la necesidad de hacer una clasificación de enfermedades, dentro de estas también se han incluido los trastornos mentales, pero es reciente el acuerdo que se tiene sobre cuáles son los trastornos que se deben incluir en esta clasificación. Los sistemas de clasificación que se han desarrollado a lo largo de la historia han tenido énfasis en diferentes criterios clave para el diagnóstico. Es así que los diversos sistemas que han hecho una categorización de los trastornos mentales se han diferenciado con respecto a si su objetivo principal era para su uso en clínica, la investigación o los ajustes estadísticos. Actualmente los manuales diagnósticos para los trastornos mentales más reconocidos son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es así que el lograr realizar un diagnóstico psiquiátrico es un tema complejo, ya que anteriormente no se compartían criterios uniformes sobre las enfermedades, para dar rigor al diagnóstico. Sin embargo desde hace medio siglo algunos autores con una orientación médica convencidos de que los trastornos psiquiátricos son comparables a los de cualquier rama de la Medicina, propusieron que para poder realizar un diagnóstico de enfermedad mental debería cumplirse necesariamente una serie de síntomas o ítems. Estos ítems deberían ser operativos, es decir, libres de connotaciones subjetivas o condicionamientos apriorísticos basados en fundamentos teóricos y entendibles por cualquier profesional (Medrano, 2014).

Con el fin de poder brindar un diagnóstico psiquiátrico veraz y homogéneo se realizan los manuales diagnósticos, los cuales tienen como principal objetivo el tener una clasificación para la conducta anormal. Esta clasificación es decir contar con categorías distintas, indicadores y una nomenclatura que nos permita explicar ciertos patrones de conducta, procesos de pensamiento y alteraciones emocionales. Estas categorías deben ser amplias y precisas a la vez para que se acomoden a una variación en estos patrones (Sue, Sue, y Sue, 1996).

A continuación se dará una breve explicación sobre los principales manuales diagnósticos utilizados para diagnosticar la depresión.

## **2.1 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)**

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) es publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es utilizada a nivel internacional y

está diseñada para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación, y presentación de las estadísticas. Es la herramienta de diagnóstico estándar para la epidemiología, la gestión de la salud y con fines clínicos. Esto incluye el análisis de la situación sanitaria general de los grupos de población. Se utiliza para monitorear la incidencia y prevalencia de las enfermedades y otros problemas de salud.

La Organización Mundial de la Salud (2010). Ha desarrollado gracias a una red de trabajo de investigación, mediante centros de formación y de referencia trabajando para un desarrollo posterior de instrumentos y clasificación y el apoyo a investigaciones relevantes llevadas a cabo por estos centros.

En 1948 Cuando la OMS publica la sexta edición de la CIE por primera vez se incluye una sección dedicada a los trastornos mentales. Esta edición incluye 10 categorías para la psicosis y siete categorías para los trastornos de carácter, el comportamiento y la inteligencia (Organización Mundial de la Salud, 2010).

En 1955 para la séptima edición se realizan cambios esenciales y se corrigen los errores y las inconsistencias que presentaba la sexta edición.

García, López (2010) y la OMS (2010) dicen que a principio de los sesentas el programa de salud mental de la OMS participa activamente en un proyecto destinado a lograr una mejora en el diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales. El profesor J.E. Cooper fue uno de los colaboradores de la OMS para la estandarización del diagnóstico, clasificación y estadística psiquiátricas que dio lugar a la octava edición del CIE. Entre las modificaciones en las cuales se trabajaron estaban la producción del primer glosario de categorías internacionalmente aceptadas y el desarrollo de métodos ampliamente aceptados que permitan una investigación científica de los procesos diagnósticos y sus respectivas clasificaciones más eficientes. Todas estas investigaciones se tuvieron en cuenta en el borrador de la octava revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. En paralelo se crea un glosario que define cada una de las categorías de los trastornos mentales.

Para la década de los setentas aumenta el interés en mejorar la clasificación a nivel mundial y esto se ve favorecido con el aumento de encuentros científicos internacionales y el desarrollo de estudios con cooperación internacional y por la disponibilidad de nuevos tratamientos. Además de la OMS muchas sociedades psiquiátricas en el mundo impulsaron el desarrollo de criterios específicos para la clasificación. Entre ellas La Asociación Psiquiátrica

Americana de los EU que realiza y publica su tercera revisión del manual diagnóstico y estadístico, el cual incorpora criterios operativos de clasificación. En 1978 la OMS se incorpora a un proyecto de elaboración a largo plazo con la administración para salud mental y abuso alcohol y drogas (ADAMHA) en los EU. Con el objeto de facilitar mejoras posteriores de la clasificación y el diagnóstico (García y López, 2010).

Durante el tiempo que estuvieron vigentes la séptima y la octava edición de CIE, aumento su uso para la estandarización de historias médicas y en algunos países se prepararon adaptaciones con detalle adicionales para su implementación. En este afán de elaborar una guía lo más fiable posible, por tal razón incluso antes de que se realizara una conferencia para analizar los cambios para la novena edición ya se estaban realizando preparativos para la décima edición. Esto debido a que ya se había aceptado que se tenía que hacer un análisis y esfuerzo para lograr una clasificación más flexible y estable que pudiese estar vigente por varios años (OMS, 2010b).

En 1989 la OMS (2010b) lleva a cabo el congreso para la novena edición, que originalmente había sido planeada para 1985. Esta prórroga de tiempo permite el análisis de diversos modelos de estructura para la CIE. Este proceso también influye en el programa de trabajo que culmina en la décima edición de la CIE.

La CIE 9 no incluye criterios diagnósticos ni un sistema multiaxial, ya que su función primordial es establecer categorías para hacer más fácil la recogida de datos estadísticos referentes a la salud pública. Y el objetivo del DSM III es proporcionar una nomenclatura médica para clínicos e investigadores. Debido a la molestia por la falta de especificidad de la CIE 9 se lleva a cabo una modificación para su uso en EU convirtiéndose en CIE 9 –MC (APA, 2000).

La OMS (2010) menciona que en la décima edición buscaba la estandarización del diagnóstico y la clasificación de los trastornos psiquiátricos, por esa razón existen diferentes versiones de la CIE 10 diagnosticadas a diferentes tipos de usuarios (versión para clínicos, investigación, atención primaria y una multiaxial). Es así que se desarrollo de una serie de instrumentos de investigación como lo son test y encuestas, los cuales son aplicables internacionalmente que permiten una valoración de los trastornos mentales y los instrumentos para la valoración de los pacientes.

La relación con el CIE 10 la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades y problemas de salud (CIE 10) llevada a cabo por la OMS se

publica en 1992. Consiste en un sistema oficial de códigos y una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación, los códigos del DSM IV son compatibles con los de la CIE -10 (APA, 2000).

Así se puede observar la evolución que ha tenido este manual diagnóstico, primero al incluir una clasificación para los trastornos psiquiátricos después de varias ediciones ya publicadas y al seguir presentando cambios con el fin de brindar datos actualizados y congruentes con la población actual. Estos cambios son el resultado de los cambios que la OMS observa a nivel mundial en las diferentes especialidades, en cuanto a la salud mental los profesionales que intervienen en la generación de la información como origen de los datos en su descripción de lo que sucede a los pacientes y también como usuarios de la información resultante junto con los directivos y, último pero no menos importante, a los responsables de los sistemas de información. Gracias a esto se han presentado cambios en diversos trastornos, pero en cuanto a la depresión en la infancia únicamente se ha realizado la adaptación de algunos de los síntomas que presentan los adultos, adaptados a los niños.

## **2.2 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)**

La Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1952, 1968) menciona que en Estados Unidos surge la necesidad de recoger datos información de tipo estadístico acerca de la enfermedades mentales, por tal razón en el censo de 1840 incluyo la categoría idiocia/ locura. Para 1880 el censo ya incluía 7 categorías de trastornos mentales: manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia, dipsomanía y epilepsia. En 1917 la American Medico-Psychological Association (hoy APA) junto con la National Commission on Mental Hygiene diseño un plan, adaptado para la oficina de censo para reunir datos estadísticos de diversos hospitales mentales. La APA colaboro con la NY academi of Medicine en la elaboración de la nomenclatura psiquiátrica aceptable en todo el país, para ser publicada en la primera edición de la American Medical Associations Estándar Classified Nomenclature of Disease.

Más adelante el ejército de EU confecciona una nomenclatura mucho más amplia para englobar a los enfermos de la segunda guerra mundial. Al mismo tiempo la Organización Mundial de la Salud (OMS) pública la sexta edición de la CIE, que por primera vez incluía un apartado de trastornos mentales documento que incluía 10 categorías para la psicosis, 9 para la psiconeurosis, y

7 para los trastornos del carácter, del comportamiento y la inteligencia (APA, 2000).

En 1952 la APA publica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM I), en esta primera edición los términos son vagos y con poca confiabilidad, Esta primera edición consiste en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas y es el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. Se utiliza el término reacción, el cual refleja la orientación psicobiológica de Adolf Meyer que afirmaba que los trastornos mentales representaban reacciones de la personalidad frente a factores psicológicos, sociológicos y biológicos (APA, 1952, 1980, 2000).

La APA en el 2000 menciona que existe poca aceptación en la taxonomía de los trastornos mentales contenidos en la CIE 6 y la CIE 7, la OMS patrocinó una revisión de los sistemas diagnósticos, la cual llevó a cabo el psiquiatra británico Stengel. Haciendo énfasis en la necesidad de explicar definiciones como medio para realizar diagnósticos clínicos fiables. Sin embargo la revisión que produjo el DSM II y CIE 8, pero el CIE 8 no siguió las recomendaciones de Stengel.

La segunda edición DSM II que es publicada en 1968, esta es la primera clasificación de los trastornos que está basada en el sistema contenido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Esta segunda edición se basa en conceptos psicoanalíticos que al ser demasiado vagos permiten que el profesional de un diagnóstico basado en sus preferencias teóricas en lugar de en las necesidades del cliente. El DSM II fue similar al DSM I pero desapareció el término reacción (APA, 1968, 1980).

La APA en 1980, 1994 y en el 2000 nos menciona que en el año de 1974 comienza la elaboración del DSM III, para lo cual nombra un nuevo grupo de trabajo para crear un nuevo manual, que tuviera un carácter empírico y que fuese clínicamente útil y confiable. Tomando en cuenta que la CIE 9 estaba programada para entrar en vigor en Enero de 1979. El DSM III introduce innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial, y un enfoque descriptivo que pretende ser neutral respecto a las teorías etiológicas.

El DSM III tiene como objetivo tener utilidad clínica mediante el uso de definiciones clínicas claras que puedan ser utilizadas en diversas situaciones clínicas. Esto se logró estableciendo un consenso en el significado de los

términos y cuál sería el uso apropiado para estos términos y así evitar el uso de términos que habían perdido utilidad (APA, 1980).

En 1980 es publicado el DSM III sin embargo el manual aun presenta problemas en la definición de algunos trastornos, tiene inconsistencias en el sistema y número de casos en que los criterios no son del todo claros.

También se vio que se habían cometido algunos errores al momento mantener las coincidencias con la CIE 9 ya que el glosario de la CIE 9 no era el mejor posible ya que no había utilizado la metodología más reciente centrada en los criterios diagnósticos específicos y en la aproximación multiaxial para la evaluación (APA, 1980, 2000).

El DSM-III incluye cambios relevantes como una nueva categoría diagnóstica para algunas patologías como lo son: la neurosis de angustia se subdivide en el trastorno de pánico con y sin agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada, la psicosis maniaco-depresiva se hace conocido como el trastorno bipolar, con o sin síntomas psicóticos. Dentro del desuso de algunos términos comienzan a excluirse términos como neurosis que ya no se utilizaría, la enfermedad mental se reemplazó por trastorno mental (Gomes de Matos, 2005).

Dentro de la jerarquía para los diagnósticos que se propone en el DSM III se plantea que un paciente no pueda ser diagnosticado de forma simultánea con otro diagnóstico. Se considera la patología más grave como prioridad para el diagnóstico. De esta manera se continua la antigua práctica de la medicina que recomienda la identificación de una única patología para explicar todos los síntomas que componen el cuadro clínico de un paciente (Gomes de Matos, 2005).

La APA (1987) dice que en 1993 debido a todos los inconvenientes que presenta la edición comienza con un trabajo de revisión del DSM III. También porque los datos procedentes de nuevos estudios muestran una discordancia con algunos criterios diagnósticos, y a pesar de los exhaustivos ensayos de campo sobre los criterios diagnósticos del DSM III antes de su aceptación oficial, la práctica clínica resalto más casos en que los criterios no eran muy claros, resultaban inconsistentes con otras categorías o incluso eran contradictorios. Por consiguiente todos los criterios diagnósticos, más las descripciones sistemáticas de algunos trastornos, necesitaron ser revisados en beneficio de una mayor consistencia claridad y precisión conceptual de mayor consistencia,

claridad y presión conceptual, además del sistema permiten que puedan hacerse otras revisiones cuando sean necesarias.

La APA publica en 1987 el DSM III R el cual serviría de guía hasta la publicación del DSM IV. Gomes de Matos (2005) menciona que con esta nueva publicación la jerarquía que se había aprobado en la edición anterior quedó en desuso, y se inició el proceso para poder realizar de manera simultánea dos o más diagnósticos en el mismo paciente. De esta manera comienza la aplicación del término comorbilidad dentro de la psiquiatría, concepto que años antes Feinstein (1970) con el cual definía cualquier entidad clínica adicional que existen o que pueden ocurrir durante el curso clínico de un paciente que tenía la enfermedad índice en estudio, este nuevo término fue más tarde confirmado por el DSM-IV y obtuvo relevancia en los años próximos.

El DSM-IV es producto de 13 grupos de trabajo, cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Se tomaron muchas precauciones a la hora de asegurar que las recomendaciones del grupo de trabajo reflejaran los conocimientos más vigentes y no fueran sólo las opiniones de sus miembros. Después de consultar de manera extensa con expertos y clínicos de cada materia, se seleccionó para el grupo de trabajo a aquellos miembros que representaran un amplio abanico de perspectivas y experiencias. Los miembros del grupo de trabajo aceptaron la idea de trabajar como grupo de consenso y no como abogados de los conceptos anteriores. Además, el grupo de trabajo debía seguir un proceso formal basado en las pruebas disponibles.

Los grupos de trabajo informaban al Comité Elaborador del DSM-IV, que constaba de 27 miembros, muchos de los cuales presidían asimismo algún grupo de trabajo. Cada uno de los 13 grupos de trabajo se componía de 5 (o más) miembros, cuyas opiniones eran analizadas por un grupo de entre 50 y 100 consejeros, escogidos por representar experiencias clínicas y de investigación, disciplinas, formación y ámbitos de actuación muy diversos. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo. Se han realizado multitud de conferencias y reuniones con el fin de proporcionar una guía conceptual y metodológica para la elaboración del DSM-IV. Entre ellas, muchas han estado dedicadas a consultas entre los realizadores del DSM-IV y los de la CIE- 10, con el fin de aumentar la compatibilidad entre los dos sistemas. Asimismo, han tenido lugar otras reuniones centradas en el

papel de los factores culturales en el diagnóstico de las enfermedades mentales, en el diagnóstico geriátrico y en el diagnóstico psiquiátrico en los centros de asistencia primaria (APA, 1994).

APA (1994) Para la creación del DSM IV en 1994 se trabaja en 3 etapas:

- Se realizaron revisiones minuciosas de las investigaciones publicadas.
- Un análisis minucioso de los datos de las investigaciones.
- Esta última etapa implicó análisis de campo en la cual un grupo de investigadores evaluaron a miles de personas con trastornos psicológicos diagnosticados.

Todas estas revisiones con la finalidad de proporcionar validez y confiabilidad.

El DSM recomienda que el estado mental del individuo sea examinado y evaluado con respecto a cinco factores o dimensiones (ejes). Con el objetivo de proporcionar información global y útil.

Eje I: síndromes clínicos y otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica.

Eje II: trastornos de la personalidad.

Eje III: condiciones médicas generales.

Eje IV: problemas psicosociales y ambientales.

Eje V: evaluación global del funcionamiento

Las principales características de DSM-IV son:

- Descripción de los trastornos mentales.
- Definición de pautas de diagnóstico precisas a través de una lista de síntomas, que configuran los criterios de diagnóstico.
- Modelo teórico, sin ninguna preocupación por la etiología de los trastornos.
- Descripción de las patologías, los aspectos asociados de los patrones de distribución de la familia, la prevalencia en la población general, el curso de la evolución, diagnóstico diferencial y complicaciones psicosociales.
- Búsqueda de un lenguaje común para la comunicación adecuada entre los profesionales del área de la salud mental.

En el 2000 la APA realiza una revisión del DSM IV llamada DSM IV TR la cual tiene como objetivo proporcionar una guía útil para la práctica clínica,

mediante la brevedad y precisión de los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos (esto con el fin de facilitar la investigación y mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente).

La relación con el CIE 10 la décima revisión de la Clasificación Internacional De Enfermedades Y Problemas De Salud (CIE 10) llevada a cabo por la OMS y que se publica en 1992. Consiste en un sistema oficial de códigos y una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación, los códigos del DSM IV son compatibles con los de la CIE -10.

APA (2013) menciona que el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales es una clasificación de los trastornos mentales con asociaciones a criterios designados para facilitar los diagnósticos certeros de estos trastornos. A lo largo de 60 años y con el paso de las ediciones se ha convertido en un estándar de referencia para la práctica clínica de la salud mental, el DSM ha demostrado ser una guía práctica, funcional, y flexible para organizar la información que puede ayudar con el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales.

Para continuar siendo un referente y servir de ayuda en la actualidad presenta cambios en:

- Representarían de problemas de desarrollo relacionados con el diagnóstico.
- integración de los nuevos avances científicos sobre los hallazgos genéticos de neuro imagen.
- consolidación del autismo, asperger y conductor espectro.
- Simplificación de clasificación de trastorno depresivo y bipolar.
- Reestructura de los trastornos de abuso de sustancias porciones con consistencia y claridad.
- Especificidad mejorada para grandes y sutiles desordenes neurodegenerativos.

Como en ediciones anteriores la 5 edición de DSM mantiene armonía con el CIE el sistema oficial de códigos. El DSM V reorganiza los trastornos mentales de acuerdo a algunos síntomas relevantes todo esto en concordancia con el CIE 11 próximo a publicarse en 2015. Para esta edición se define el concepto de trastorno psiquiátrico, como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el

comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

García, Saldivar, Llanes, y Sánchez. (2011) mencionan que otro punto que se valora en el DSM V es la conveniencia de definir estadios de acuerdo a lo progresión de la enfermedad, lo que idealmente crearía un esquema orientado a la prevención, además de que permitiría entender la patogénesis del trastorno para así poder evaluar la intervención más apropiada según el caso.

La mayoría de los trastornos se incluyen en uno de cinco grupos, los cuales se formaron después de una revisión exhaustiva de la bibliografía por un grupo de expertos. Los grupos finales fueron:

- El neurocognitivo (identificado por anomalías en el sustrato neural que producen prominentes síntomas cognitivos), posterior a un desarrollo cerebral normal
- El neurodesarrollo (identificado principalmente por un temprano y continuo déficit cognitivo), se incluyeron aquí trastornos como el retraso mental, los trastornos de aprendizaje, los motores y los de comunicación, y el trastorno generalizado del desarrollo.
- Los trastornos psicóticos (identificando por características clínicas y biomarcadores de déficits para procesar información), se tomaron en cuenta las entidades clasificadas como esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los trastornos limítrofes, e trastorno bipolar y el trastorno esquizotípico de la personalidad.
- Trastornos afectivos (caracterizados por el antecedente de un temperamento y emocionalidad negativos), los definiría una afectividad negativa y aunque hay diferencias entre los trastornos que se incluyen en este grupo, hay también similitudes que soportan su factibilidad.
- Internalización (identificado por el antecedente de un temperamento desinhibido), incluyen la dependencia a sustancias, el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno de conducta.

Otros de los cambios que presenta esta nueva clasificación diagnóstica es que se ha eliminado el sistema multiaxial ya que generaba distinciones artificiales y era poco utilizado, por ello todas las categorías diagnósticas de los ejes I y II del DSM IV están incluidas en la misma sección (sección II) en el DSM V, con anotaciones separadas en cada categoría para las condiciones médicas

asociadas (antes eje III), para los factores psicosociales y ambientales (antiguo eje IV) y para la discapacidad, entendía esta como daño en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas significativas de la vida cotidiana ( antes eje V)( Echeburúa, Salaberría, y Cruz, 2014).

Como se puede observar los manuales diagnósticos han tenido que adaptarse a través del tiempo y los cambios que han surgido en la sociedad por influencia de la globalización y creación de nuevas tecnologías. Estos avances traen de la mano una nueva serie de patologías que necesitan ser clasificadas. Y que algunas patologías que anteriormente eran aceptadas desaparezcan. Lo cual nos permite contar con manuales que resuelvan las necesidades de la población actual. Estos cambios se logran gracias al consenso que tiene los especialistas con el fin de brindar la mayor fiabilidad posible. Estos cambios son el resultado de grupos de trabajo formados por especialistas en cada trastorno los cuales a través de su contacto diario con pacientes pueden realizar investigaciones que posteriormente comparten en los congresos. Parte de las modificaciones que se tienen en la última edición para tomar en cuenta trastornos que se presentan en la infancia es el incluir el Trastorno disruptivo de desregulación emocional en cual se presenta en niños de hasta 18 años los cuales presentan irritabilidad y episodios de descontrol en la conducta, se incluye este trastorno con el fin de evitar su sobrediagnóstico y sobretratamiento como trastorno bipolar. En cuanto a la depresión en la infancia no existe actualmente ninguna clasificación en específico, únicamente la adaptación de algunos de los síntomas que presentan los adultos.

### **2.3 Manual Diagnostico y de Tratamiento para la Depresión en Niños y Adolescentes**

A diferencia de los manuales anteriores, este manual es publicado por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” en el año 2010. Este instituto fue creado con el objetivo de ser una institución capaz de transformar la manera de entender la enfermedad mental a partir de la investigación, de la traducción de hallazgos científicos en programas, en mejores prácticas para la prevención y atención de las personas que la padecen.

El Instituto Nacional de Psiquiatría tomando en cuenta que la depresión en el niño y en el adolescente que ha aumentado dramáticamente en los últimos

años, que la edad de inicio ha disminuido y que los niños y adolescentes con trastornos depresivos tienen una incidencia creciente de trastorno bipolar, suicidio y de la depresión mayor recurrente, observa la necesidad de realizar una mejora en el diagnóstico y en el tratamiento de esta población.

Para lograr mejorar la atención y tratamiento se realiza el manual diagnóstico y de tratamiento para la depresión en niños y adolescentes cuyo objetivo es agilizar el proceso de diagnóstico e inicio de tratamiento y así prevenir los efectos letales de la depresión en el desarrollo y funcionamiento global de los pacientes. Para la realización de este manual la información fue seleccionada siguiendo los lineamientos de la medicina basada en evidencia la cual es definida como

La utilización consciente, explícita y la previa evaluación de la mejor certeza científica, para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud de las personas. Esta tiene relación con la medicina basada en problemas ya que lo que se busca es la mejor certeza para resolver un problema, ya sea de un paciente individual, como de una comunidad o la administración de un servicio (Leteller y Moore, 2003, p. 940).

Para esto se consideraron los resultados de estudios clínicos aleatorizados, controlados y la información de meta análisis, también fue tomada en cuenta las opiniones y necesidades de los pacientes y sus padres respecto a la atención que reciben.

De esta manera se conforma el Manual el cual define la depresión como, una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Maneja la etiología como el resultado de la interacción entre las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida, y estas pueden ser biológicas, o psicosociales. Además de proporcionar un cuadro clínico y una clasificación, un diagnóstico, un manejo integral y un pronóstico, sobre los cuales se hablara más adelante.

## **2.4 Manuales para el Diagnostico de Depresión Infantil Basados en los Síntomas de los Adultos**

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (*Trastornos mentales y del comportamiento*, CIE-10) y los de la *American Psychiatric Association* (DSM-V) los cuales están enfocados en los adultos, sin embargo incluyen categorías para los niños. Y para este trabajo se utilizara el Manual diagnóstico y de tratamiento para la depresión en niños y adolescentes publicado por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” en el año 2010.

Debido a que los trastornos depresivos en la infancia no son considerados de manera especial dentro de los manuales diagnósticos, ya que se utilizan los mismos criterios diagnósticos que en los adultos, si bien la sintomatología básica es igual en todas las edades no se expresa de la misma manera, esto se debe a que el menor se encuentra en un proceso de desarrollo madurativo que no le permite que se expresen las características asociadas comúnmente a la depresión de la misma manera que a un adulto. Así, el niño pequeño manifiesta la depresión de un modo más físico, esto desde el punto de vista psicomotor, y el niño mayor más desde un plano psíquico, con síntomas más parecidos a los del adulto. Por tal razón el diagnostico en edades tempranas puede ser complicado perjudicando al niño y a su familia, a corto y a largo plazo (Giribet, 2010).

## **2.5 ¿Cómo se diagnostica?, Comparación de criterios diagnósticos para adultos**

### **2.5.1 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)**

La OMS (2010) en la CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, cuando la duración del episodio sea de al menos dos semanas.

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos
  - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
  - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
  - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
  - Empeoramiento matutino del humor depresivo
  - Presencia de enlentecimiento motor o agitación
  - Pérdida marcada del apetito
  - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
  - Notable disminución del interés sexual

### **2.5.2 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)**

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

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Dentro de los trastornos depresivos el DSM-V incluye el Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo la cual se diagnostica con los siguientes criterios:

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).

E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

K. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

Debido a que los niños pueden tener dificultades para reconocer algunos síntomas o para comunicar sus ideas y pensamientos, se podría tener dificultades para identificar como depresión lo que les ocurre, además de él diagnóstico se complica debido a que no existen criterios de clasificación específicos para la depresión en la infancia y adolescencia ya que las manifestaciones clínicas de la depresión en niños presenta características que no son iguales a las de los adultos. Mientras que en los adultos se pueden presentar una disminución en la capacidad para concentrarse y de pensar en los niños se pueden presentar como problemas de conducta o fracaso escolar.

### **2.5.3 Manual Diagnóstico y de Tratamiento para la Depresión en Niños y Adolescentes**

Este manual utiliza los criterios diagnósticos del DSM IV- TR, sin embargo clasifica los síntomas de acuerdo a la clasificación del funcionamiento de la discapacidad y la salud (CIF), la cual evalúa las siguientes áreas: región del cuerpo afectada (B), estructura del organismo con lesión orgánica o funcional (S), desarrollo individual y social alcanzado por el individuo (D) y factores ambientales relacionados con la participación e integración social (E). Para la depresión se presenta de la siguiente manera:

#### **B (Body)**

Funciones corporales, alteraciones en las funciones mentales

- funciones relacionadas con la energía y los impulsos
- funciones cognitivas superiores

#### **S (structures)**

Estructuras corporales

- estructuras del cerebro

#### **D (Domains)**

Actividades y participación, califica desempeño/ realización y capacidades

- tareas y demandas generales especificadas y otras no especificadas
- alteración en las habilidades de comunicación, conversación y utilización de técnicas o dispositivos especificados y otros no especificados.
- problemas de movilidad especificados
- vida doméstica, quehaceres de la casa
- interacciones y relaciones interpersonales específicas inadecuadas
- participación en todos los aspectos de un trabajo remunerado
- auto suficiencia económica
- cada personal y social, participar en juegos, actividades recreativas de ocio
- participar en la vida comunitaria social y cívica especificada

#### **E (Environment)**

Factores ambientales

- problemas con las normas y actitudes sociales
- medicamentos, integración al tratamiento farmacológico

Es así que se pueden notar las principales características de cada uno de estos manuales para realizar un diagnóstico.

## 2.6 Comparación entre los diferentes manuales

Conociendo los criterios diagnósticos que utilizan los manuales diagnósticos se pueden clasificar los síntomas en las siguientes áreas.

Tabla 8

### Comparación de los criterios diagnósticos utilizados en los diferentes manuales diagnósticos.

| Área/Esfera Afectada | Síntomas según el CIE-10  | Síntomas según DSM-V  | Síntomas según Manual diagnóstico y de tratamiento para la depresión en niños y adolescentes   |
|----------------------|---|---|--|
| <b>Emocional</b>     | Tristeza<br>Pérdida de Interés y capacidad para disfrutar<br>Cambios Bruscos de Humor (Empeoramiento matutino)<br>Animo depresivo | Tristeza<br>Pérdida de Interés y capacidad para disfrutar<br>Desesperanza<br>Lloros excesivos/<br>Llanto  | Tristeza<br>Pérdida de Interés y capacidad para disfrutar<br>Desesperanza<br>Ansiedad  |
| <b>Cognitivo</b>     | Pensamientos morbosos   | Falta de concentración<br>Pesimismo<br>Desesperanza<br>Culpabilidad<br>Baja autoestima<br>Ideas de suicidio<br>Pensamientos morbosos<br>Pensamientos autocríticos | Falta de concentración<br>Pesimismo<br>Desesperanza<br>Indecisión<br>Culpabilidad<br>Baja autoestima<br>Ideas de suicidio<br>Pensamientos morbosos<br>Frustración<br>Pensamientos autocríticos |

|                      |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|
| <b>Psicosomática</b> | Pérdida de energía<br>Pérdida de apetito<br>Pérdida de Peso<br>Problemas Sueño (insomnio)<br>Pérdida de Interés sexual | de Fatiga/ Cansancio<br>de Pérdida/Ganancia de Peso<br>Problemas Sueño                           | Pérdida de Energía<br>Fatiga/ Cansancio<br>Pérdida/Ganancia de Peso<br>Problemas Sueño                             |
| <b>Motor</b>         | Inexpresividad<br>Hipoactividad<br>Letargo<br>Aumento de la Actividad Motora   | Hipoactividad<br>Letargo<br>Enlentecimiento<br>Hiperactividad/<br>Aumento de la Actividad Motora | Inexpresividad<br>Hipoactividad<br>Letargo<br>Enlentecimiento<br>Hiperactividad/<br>Aumento de la Actividad Motora |
| <b>Social</b>        | Retraimiento   |  |  |

Tabla 8. Muestra una comparación entre los síntomas que presenta cada uno de los manuales, divididos en diversas áreas.

En la tabla se muestran los síntomas relacionados a la depresión en adultos, se puede notar que en esta etapa se afecta el área emocional y cognitiva y los principales síntomas en todos los manuales son tristeza y una pérdida de interés y capacidad para disfrutar en cuanto a lo cognitivo se caracteriza por pensamientos autocríticos, negativos y baja autoestima.

Como ya se mencionaron existe una serie de síntomas que se presentan en los adultos que no son necesariamente iguales en los niños, como lo muestra la siguiente tabla que realiza una comparación entre los síntomas de depresión que presentan los adultos y los síntomas que presentan los niños.

Tabla 9

**Comparación entre los síntomas asociados a la depresión en adultos y los síntomas asociados a la depresión en los niños.**

| <b>Área/esfera afectada</b> | <b>Síntomas diagnósticos en adultos</b>   | <b>Síntomas diagnósticos en niños</b>  |
|-----------------------------|---|--|
| <b>Emocional</b>            | Tristeza<br>Pérdida de Interés y capacidad para disfrutar<br>Cambios Bruscos de Humor<br>(Empeoramiento matutino)<br>Animo depresivo<br>Desesperanza<br>Lloros Excesivos/<br>Llanto<br>Ansiedad | Tristeza<br>Pérdida de Interés<br>Cambios Bruscos de Humor<br>Falta de Sentido del Humor<br>Desesperanza<br>Irritabilidad<br>Lloros Excesivos/<br>Llanto<br>Inexplicable<br>Ansiedad<br>Pérdida/<br>Abandono                             |
| <b>Cognitivo</b>            | Pensamientos morbosos<br>Falta de concentración<br>Pesimismo<br>Desesperanza<br>Culpabilidad<br>Baja autoestima<br>Ideas de suicidio<br>Pensamientos autocríticos<br>Indecisión<br>Frustración  | Falta de concentración<br>Pérdida de memoria<br>Pesimismo<br>Desesperanza<br>Indecisión<br>Culpabilidad<br>Baja autoestima<br>Ideas de suicidio<br>Pensamientos morbosos<br>Bajo rendimiento<br>Frustración<br>Pensamientos autocríticos |

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| <b>Psicosomática</b> | Pérdida de Energía<br>Fatiga/ Cansancio<br>Pérdida/Ganancia de<br>Peso<br>Pérdida de apetito<br>Pérdida de Peso<br>Problemas Sueño<br>(insomnio)<br>Pérdida de Interés<br>sexual | Enuresis<br>Pérdida de Energía<br>Fatiga/ Cansancio<br>Pérdida/Ganancia de Peso<br>Dolores Múltiples<br>Pesadillas/ Terrores<br>Nocturnos<br>Problemas Sueño |
| <b>Motor</b>         | Inexpresividad<br>Hipoactividad<br>Letargo<br>Enlentecimiento  | Inexpresividad<br>Hipoactividad<br>Letargo<br>Enlentecimiento<br>Hiperactividad/ Aumento de<br>la Actividad Motora   |
| <b>Social</b>        | Retraimiento   | Aislamiento<br>Soledad<br>Retraimiento<br>Incompetencia Social   |
| <b>Conductual</b>    |  | Protestas<br>Riñas<br>Desobediencia<br>Rabietas<br>Indisciplina Escolar<br>Delincuencia<br>Drogas<br>Piromanía<br>Conducta Agresiva                          |

Tabla 9. Que realiza una comparación entre los síntomas de depresión que presentan los adultos y los síntomas que presentan los niños.

De acuerdo con la tabla 9 se puede notar que entre los niños y los adultos existen síntomas parecidos como lo son los cambios bruscos del humor, sin embargo en los adultos estos son mayormente matutinos y en los niños no. También los niños a cambio de los adultos presentan irritabilidad, llanto inexplicable y un sentimiento de abandono. Al igual los niños suelen presentar un decremento en su rendimiento escolar ya que pierden concentración, una menor capacidad para tomar una decisión, una mayor frustración, dolores múltiples, un aumento en la actividad motora, falta de habilidades sociales. En

los niños también suele ser común protestas, riñas, desobediencia, rabietas e indisciplina escolar. Sin embargo no en todas las edades se mantienen las mismas características como se observa en la tabla ::::: cada etapa presenta características especiales.

Tabla 10

**Comparación entre los síntomas asociados a la depresión en los niños según la edad en la que se encuentran.**

| <b>Área/Esfera Afectada</b> | <b>Síntomas que se presentan de 0 a 5 años</b>   | <b>Síntomas que se presentan de 6 a 11 años</b>  | <b>Síntomas que se presentan de 12 a 18 años</b>  |
|-----------------------------|--|--|---|
| <b>Emocional</b>            | Pérdida de interés<br>Irritabilidad<br>Llanto inexplicable<br>Ansiedad<br>Dificultad con el desarrollo emocional | de Tristeza<br>Pérdida de interés y Motivación<br>Cambios bruscos de humor<br>Irritabilidad<br>Pérdida/ Abandono<br>Aumento de nerviosismo | Anhedonia<br>Tristeza<br>Cambios bruscos de humor<br>Falta de sentido del humor<br>Desesperanza<br>Irritabilidad<br>Ansiedad<br>Pérdida/ abandono<br>Sentimientos de vacío y soledad. |
| <b>Conductual</b>           | Rabietas frecuentes<br>Menor capacidad de protesta<br>Disminución de iniciativa                                  | Desobediencia<br>Trastornos de conducta<br>Conducta agresiva<br>Conducta agresiva  | Protestas<br>de Riñas<br>Desobediencia<br>Conducta Agresiva<br>o Consumo de sustancias  |

|                      |   |    |                                    |    |   |
|----------------------|---|----|------------------------------------|----|---|
|                      |   |    | perturbadora                       |    | Nulo interés por el comportamiento sexual o promiscuidad  |
|                      |   |    | Cambio brusco en el comportamiento |    |   |
|                      |   |    | Apatía                             |    | Conducta autodestructiva.                                 |
| <b>Cognitivo</b>     | Pérdida de interés en sus juegos habituales | de | Falta de concentración             | de | Falta de concentración                                    |
|                      | Apatía                                      |    | Culpabilidad                       |    | Pérdida de memoria  |
|                      |   |    | Baja autoestima                    |    | Pesimismo   |
|                      |   |    | Ideas recurrentes sobre la muerte  |    | Desesperanza  |
|                      |   |    | Bajo rendimiento                   |    | Baja autoestima (autorreproches, autoimagen deteriorada ) |
|                      |   |    | Frustración                        |    |   |
|                      |   |    | Pensamientos autocríticos          |    | Ideas de suicidio   |
|                      |   |    |                                    |    | Pensamientos morbosos                                     |
|                      |   |    |                                    |    | Pensamientos autocríticos                                 |
| <b>Psicosomática</b> | Cansancio excesivo                          |    | Pérdida/Ganancia de peso           |    | Pérdida de energía  |
|                      | Pérdida de peso y talla                     |    | Dolores múltiples                  |    | Fatiga/ cansancio   |
|                      | Trastornos del apetito                      |    | Pesadillas/ Terrores nocturnos     |    |   |
|                      | Pesadillas/ terrores nocturnos              |    | Problemas sueño                    |    |   |
|                      |   |    | Trastornos del control de          |    |   |

|               |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
|               | Problemas<br>sueño   | esfínteres   |  |
|               | Quejas<br>somáticas<br>(cefaleas,<br>dolores<br>abdominales)                         |  |  |
|               | Trastornos de<br>eliminación<br>(encopresis,<br>enuresis)                            |  |  |
| <b>Motor</b>  | Hiperactividad/<br>aumento de la<br>actividad<br>motora<br><br>Retraso<br>psicomotor | Inhibición<br>psicomotriz<br><br>Hiperactividad/<br>Aumento de la<br>actividad motora<br><br>Agitación<br><br>Torpeza y<br>predisposición<br>a<br>accidentes | Inexpresividad<br><br>Hipoactividad  |
| <b>Social</b> | Incompetencia<br>social  | Aislamiento<br><br>Problemas con<br>iguales<br><br>Incompetencia<br>Social   | Aislamiento<br><br>Conducta<br>disocial<br><br>Hipersensibilidad<br>con retraimiento<br>social |

Tabla 10. Que realiza una comparación entre los síntomas de depresión en niños en diferentes edades, como se puede observar existen síntomas que permanecen a lo largo de la infancia como lo son los cambios en el peso.

## 2.7 Limitaciones y Ventajas de los Manuales de Clasificación.

La clasificación de la conducta anormal aún se encuentra en una constante evolución, en parte al abuso que implica ponerle etiquetas a la gente, y por otra, a las inexactitudes en cuanto a las causas de los trastornos mentales.

Los principales objetivos de los sistemas para la clasificación: son en general el poder ofrecer un lenguaje con el cual todos los profesionales de la salud mental se puedan comunicar, además de definir las características del trastorno y tener una comprensión de cómo difiere de otros trastornos semejantes a fin de estudiarla historia natural del mismo y desarrollar un tratamiento efectivo. Y desarrollar un entendimiento de las causas de los diferentes trastornos mentales (Álvarez, 2007).

Álvarez en el 2007 menciona que existen varias razones para cuestionar los diagnósticos entre estas razones se encuentran:

- La confiabilidad de los diagnósticos: teniendo como principal fuente para los desacuerdos, variaciones en el nivel de observación clínica, en el nivel de inferencias deducidas de estas observaciones, y variaciones en los esquemas nosológicos utilizados por investigadores individuales.
- Las implicaciones pronósticas y terapéuticas del diagnóstico son en ocasiones poco claras en los trastornos psiquiátricos.
- Los efectos perjudiciales del etiquetaje, que genera expectativas sobre la conducta de una persona y que puede autoconfirmarse.
- Los términos diagnósticos, por otra parte, no implican necesariamente lo que se piensa que es la esencia del problema del enfermo y/o las circunstancias ambientales y personales que influyeron en su conducta y sus síntomas.
- El diagnóstico tradicional conduce a un tratamiento de la enfermedad, pero no a un tratamiento del enfermo.
- No hay casos típicos.
- La frecuencia varía de una época a otra: resulta una observación común que con el pasar de las décadas se tornan raros algunos diagnósticos en tanto que otros se vuelven más frecuentes. Esto pudiera corresponder a un cambio real, pero es mucho más probable que refleje un cambio en la conceptualización.
- Varios niveles de significación: un término como ansiedad o depresión puede utilizarse como síntoma, un síndrome o una entidad y casi nunca está claro el significado en el que se emplea.

- Los síntomas iniciales pueden desvirtuar el diagnóstico. Existe inestabilidad de la enfermedad como consecuencia del tratamiento y de su propia evolución.
- Un error común es pensar que la clasificación de los trastornos sirve para clasificar a los individuos, cuando en realidad lo que clasifica son los trastornos que ellos padecen.

Además una de las limitaciones que se encuentran en el uso de los manuales es, que al existir una fragmentación de la clínica de los trastornos mentales algunos pacientes necesitan recibir muchos diagnósticos diferentes al mismo tiempo, o no pueden recibir un diagnóstico, una vez que los síntomas sobrepasan las fronteras rígidas el manual propone. Además como menciona Gomes de Matos (2005), la lista de síntomas no incluyen todas las quejas de los pacientes en la práctica clínica. Por ejemplo, dolor de cabeza, boca seca, visión borrosa y llorar arrebatos no se describen como síntomas de ataques de pánico, a pesar de que se presentan con frecuencia en esos episodios.

Otra desventaja es como menciona Cheniaux (2006) el utilizar los manuales como una lista que solo se debe completar para obtener un diagnóstico, ya que muchos de los síntomas se relacionan con diferentes condiciones clínicas, y a que no siempre se desarrollan los síntomas de manera perfecta para el diagnóstico, al enumerar los síntomas, el manual tiene la intención de ayudar a reconocer los trastornos mentales, pero no para reemplazar un diagnóstico elaborado. Es por eso que se necesita de conocimiento teórico de la psicología, psicopatología y psiquiatría áreas, formación y experiencia adecuada acumulada durante la formación y práctica profesional.

Dentro de las ventajas mencionan Álvarez (2007) y Skociice (2014) se encuentra la confiabilidad del diagnóstico, al tener que basarse esencialmente en los criterios somáticos, ya que existe una descripción amplia del concepto clínico que subyace al título de cada trastorno. Por eso los manuales se consideran descriptivos puesto que las definiciones se limitan a describir las características clínicas. Estas características consisten en signos o síntomas conductuales fácilmente identificables, como fobia, pánico, agitación psicomotora, que exigen una inferencia mínima por parte del observador, La elaboración de un lenguaje descriptivo de los síntomas clínicos, que está libre de toda conexión con la situación y características personales del individuo, que gracias a esto se considera neutral, impersonal y basado en el objetivismo científico. Además que al presentar un enfoque teórico respecto a la etiología, ya que la inclusión de

diferentes teorías etiológicas podría resultar un obstáculo para los clínicos de distintas orientaciones teóricas que quisieran utilizar el manual.

Como se puede observar las clasificaciones y manuales de los trastornos psicológicos tienen diferentes ventajas como lo son el facilitar la comunicación entre profesionales, ya que se utiliza un lenguaje común, y de esta manera se unifican los criterios de investigación clínica de los diferentes países. Ya que el desarrollo de la investigación en el área de salud mental ha tenido un gran desarrollo durante los últimos años, dando cada vez una mayor importancia a la prevención, diagnóstico oportuno y una mayor y mejor comunicación entre los diferentes profesionales (médicos, psiquiatras, psicoterapeutas y psicólogos), comunicación que ha ayudado en el desarrollo de nuevas técnicas como lo son los fármacos, imágenes de funcionamiento cerebral, etc. con lo cual se obtiene una mejora en la calidad de vida del paciente. Es importante reconocer la importancia que se ha tenido, sin embargo se debe tomar en cuenta que ningún comportamiento, sentimiento o actividad mental puede calificarse de patológico sin examinar su posible utilidad adaptativa y estratégica y las condiciones contextuales en las que aparece.

# Metodología

---

## 3.1 Planteamiento del problema de investigación

Debido a que existen evidencias de que las enfermedades mentales que se consideraba solamente podían ser diagnosticadas en adultos cada vez son detectadas con más frecuencia en los niños, y existe una dificultad para realizar un diagnóstico veraz y oportuno, surge la siguiente pregunta de investigación ¿Existen características específicas en la depresión en la infancia?, esto porque los niños no cuentan con la madurez suficiente para expresar los problemas que sufren y no necesariamente tienen los mismos síntomas que los adultos.

## 3.2 Objetivo

Se tiene como objetivo el realizar una revisión teórica acerca de los contenidos de los manuales de diagnóstico psiquiátrico sobre los trastornos afectivos en la infancia y de esta manera conocer los alcances y limitaciones de los manuales.

Además conocer si existen síntomas para el diagnóstico de la depresión infantil, conocer si estos síntomas son equiparables o incomparables que los que se presenta en la edad adulta, si hay desarrollo de test o inventariados de diagnóstico de la depresión infantil y tratamientos específicos a esta población.

Esto presenta relevancia ya que:

- Por falta de información y acuerdos podría diagnosticarse a un niño como depresivo cuando no lo es o no diagnosticar a un niño depresivo
- El realizar un diagnóstico oportuno permite una mejor calidad de vida
- El conocer mejor este trastorno permitirá una mejor prevención
- El conocer mejor este trastorno permitirá el tener un mejor tratamiento

### **3.3 Diseño de investigación: Análisis Documental**

La investigación es un proceso riguroso, cuidadoso y sistematizado en el que se busca resolver problemas, pueden ser de vacío de conocimiento o de dirección, pero en ambos casos es organizada y garantiza la producción de conocimiento o de alternativas de solución viables. Es posible desarrollar dos enfoques importantes: el cualitativo en el cual se da mayor atención a lo profundo de los resultados y no de su generalización y el enfoque cuantitativo, en el cual lo importante es la generalización o universalización de los resultados de la investigación.

Una explicación más detallada sobre estos enfoques investigativos la brinda Sandoval (1992) de la siguiente manera:

La investigación cuantitativa

Es la investigación mediante la cual se puede realizar un análisis de los datos de manera numérica, principalmente gracias al uso de programas estadísticos. Para poder realizar una investigación mediante la metodología cuantitativa se necesita que exista una relación sea lineal, que exista una distinción (que se puedan identificar) los elementos del problema de investigación, que sea posible definirlo, y limitarlo. Los elementos que integran este tipo de investigación se llaman variables, relación entre variables y unidad de observación.

La investigación cualitativa

Este tipo de investigación tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, con lo cual se tiene un conocimiento más profundo. Las características principales que presenta esta metodología resalta que es inductiva, considera el fenómeno como un todo, son estudios en pequeña escala que pretenden hacer una representación de lo ocurrido en la realidad, por lo cual se hace énfasis en la validez de las investigaciones poniendo énfasis a la realidad empírica, las variables no quedan definidas operativamente, ni suelen ser susceptibles de medición, la investigación es de naturaleza flexible, evolucionaria y recursiva, en general no permite un análisis estadístico y se pueden incorporar hallazgos que no se habían previsto.

La búsqueda de respuestas es lo que ha propiciado el desarrollo de métodos de recuperación cada vez más elaborados que han involucrado el uso de tecnologías y estrategias orientadas a ofrecer resultados depurados de datos e información no deseable, por lo cual se puede considerar que se ha tenido una evolución partiendo del uso de esquemas de trabajo básicos y rudimentarios

hasta el perfeccionamiento de técnicas y la incorporación de una visión más interdisciplinaria (Peña y Pirela ,2007).

Es así que dentro de esta evolución de las estrategias metodológicas especializadas de corte cualitativo se encuentra en análisis documental que permite hacer reformulaciones a cosas tan complicadas que van desde la estructura de una entrevista psicología hasta el estudio de la agresión humana, pasando por la reflexión de los procesos de comunicación masiva. Con lo cual se logra profundizar el tema que se desea consultar (Sandoval, 1992).

Otra definición la brinda Castillo (2005) que considera este análisis como el conjunto de operaciones encaminadas a representar un documento y su contenido bajo una forma diferente de su forma original, con la finalidad de posibilitar su recuperación posterior e identificarlo. Es una operación intelectual que da lugar a un subproducto o documento secundario y es resultado de un proceso de interpretación y análisis de la información de los documentos y luego sintetizarlo. Toda la información registrada en el soporte que sea puede ser objeto del análisis documental (un artículo original de una revista científica, una noticia impresa, etc.).

Este surge con fines de orientación científica e informática y sus productos llamados documentos secundarios logran representar sintéticamente a los originales, contienen información concentrada del documento original, además de que pueden ser consultados con facilidad ofreciendo las primeras noticias de la existencia de aquellos, deben los siguientes datos del texto original: autor, título, revista y año (Castillo, 2005).

Y también constituye un proceso ideado por el individuo como medio para organizar y representar el conocimiento registrado en los documentos, cuyo índice de producción excede sus posibilidades de lectura y captura. Responde a 3 necesidades informativas de los usuarios, en primer lugar conocer lo que otros pares de científicos han hecho o están realizando en un campo específico, además de conocer segmentos específicos de información de algún documento en particular y por ultimo conocer la totalidad de información relevante que exista sobre un tema específico (Peña y Pirela, 2007).

Pinto (1989) y Castillo (2005) mencionan que el análisis documental es el resultado de 3 procesos principalmente. El primer proceso sería el de comunicación que posibilita y permite la recuperación de información para transmitirla. El segundo proceso llamado de transformación en el cual el documento primario sometido a las operaciones de análisis se convierte en otro

documento secundario de más fácil acceso u difusión. Y por último el proceso analítico-sintético, porque la información estudiada, interpretada, y sintetizada minuciosamente para dar lugar a un nuevo documento o que lo representa de modo abreviado pero preciso.

Este análisis se constituye por 2 operaciones fundamentales como mencionan Castillo (2005) y Clauso (1993). En la primera es la descripción física o análisis formal es la descripción bibliográfica del documento, actúa sobre el soporte e identifica los datos externos de un documento que lo distinguen de otro proporcionando una identificación individual. La segunda parte el análisis de contenido opera sobre el contenido temático del documento y logra una representación de la información tratada. Este a su vez se divide en una serie de pasos los cuales comienzan con la indización la cual supone caracterizar y representar el contenido de documentos y preguntas mediante términos adecuados con el fin de permitir el almacenamiento y recuperación de la información, se puede realizar mediante las palabras clave y los descriptores. Las palabras clave son términos elegidos por el indizador para designar los diferentes aspectos temáticos, mientras que los descriptores son los términos normalizados, formalizados y homologados en un lenguaje documental y empleados para representar sin ambigüedad los conceptos tratados en documentos. Después de la indización se realiza un resumen el cual es una representación abreviada del contenido de un documento sin interpretación ni crítica y por último se realiza la clasificación documental la cual es el proceso de análisis por el cual un documento es identificado y ordenado por clases definidas según el contenido del propio documento. De esta manera para esta investigación se contó con los siguientes artículos.

### **3.4 Metodología del Estudio**

Para esta investigación se optó por elegir la metodología de corte cualitativo principalmente la técnica de análisis documental, para lo cual se emplean los siguientes buscadores digitales, los cuales nos permiten recopilar información basados en las siguientes palabras clave: depresión infantil, depresión en la infancia, depresión de inicio temprano, evaluación de la depresión en la infancia, cambios en el DSM V, trastornos del estado de ánimo, y síntomas de

la depresión en la infancia. Para estos criterios se considera un rango de 5 años atrás a la fecha. Los buscadores empleados son:

- o Bidi UNAM
- o Catálogo de tesis electrónicas UNAM
- o Catálogo de revistas electrónicas UNAM
- o Scielo
- o Dialnet
- o Redalyc
- o Google Académico

### **3.5 Resultados**

Como resultado de la comparación entre los diversos manuales diagnósticos se encontró que existen un acuerdo entre los tres manuales (DSM, CIE, Manual diagnóstico y de tratamiento para la depresión en niños y adolescentes) en cuanto a los criterios para realizar un diagnóstico de depresión, sin embargos muchos de estos síntomas no coinciden con los encontrados en las investigaciones de depresión en la infancia.

Como resultado de la exploración en los principales metabuscadorees en busca de los artículos sobre la depresión infantil publicados en los últimos 5 años abarcando un periodo de Febrero del 2014 a Julio del 2015, se logró localizar 61 investigaciones (véase anexo 3) las cuales fueron divididas en 8 categorías.

- **Conceptualización de la depresión en niños:** en esta categoría se presenta la información que se tiene como base para describir la depresión en los niños.
- **Etiología de la depresión en niños:** se abordan investigaciones en las cuales se presentan los principales factores que anteceden la presencia de la depresión y las principales características que presentan los niños.
- **Evaluación, diagnóstico y las intervenciones de la depresión en niños:** se presentan las principales técnicas de evaluación y diagnóstico empleados en niños actualmente, además de avances de en las técnicas de intervención.
- **Prevalencia de la depresión en niños:** se presentan los datos de diversas investigaciones sobre casos de depresión en los niños en diferentes contextos.
- **Comorbilidad de la depresión en niños:** se presentan investigaciones que abordan características que puede presentar la depresión en la infancia junto con otros trastornos.
- **Casos clínicos que estudian de la depresión en niños:** se expone el proceso de diagnóstico y tratamiento de un niño que recibe un diagnóstico de depresión.
- **Grupos experimentales de investigaciones sobre la depresión en niños:** se presentan los resultados de diversas investigaciones que comparan las diferencias entre niños con y sin depresión en diferentes escenarios.
- **Actualizaciones de la depresión en niños:** se presentan artículos realizando una comparación entre los datos que se tenían anteriormente sobre la depresión y los datos más actuales.

A continuación se presentan los artículos encontrados en cada categoría

### **Conceptualización de la depresión en niños**

Ancona, A. (2011). Características de la depresión infantil: conductas clave para el tratamiento.

El objetivo de la presente investigación es dar a conocer e identificar las características y conductas de cada etapa, para emplearlas como base fundamental para determinar el tratamiento más adecuado en cada caso. Ya que comúnmente se piensa que la depresión del niño y del adulto es igual, sin embargo no se toma en cuenta que existe grandes diferencias como por ejemplo que la depresión en el adulto está caracterizada por la tristeza mientras que en los niños se caracteriza por ser agresivos. Además está el hecho de que los niños no tienen la capacidad del lenguaje lo suficientemente desarrollada para poder precisar lo que está sucediendo. Para poder ejecutar un tratamiento en los niños es muy importante el apoyo de los familiares más cercanos desde un inicio y en algunos casos de los profesores. Por tal motivo es importante que tanto en la escuela como en el hogar se tenga conciencia del desarrollo del niño para poder intervenir en cualquier conducta anormal que presente.

Schwan, S., y Ramires, V. (2011). Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura.

Esta investigación nos brinda una revisión sobre el estado depresivo, el cual ha sido señalado por diversos autores como grave y común a muchos niños y adolescentes. Este puede ser caracterizado como un estado emocional normal, un conjunto de síntomas o incluso comprender una enfermedad o síndrome particular esto dependiendo del autor que lo plante. Con el fin de realizar una revisión literaria no sistemática sobre el tema de la depresión en los niños, se realizó una consulta en las principales bases de los datos disponibles en línea, en el período seleccionado de 2000 a 2010. Estos artículos abordaron temas en las siguientes categorías: Epidemiológica y aspectos sintomáticos, comorbilidades, evaluación, diagnóstico y las intervenciones, aspectos psicodinámicos y depresión y la atención residencial. De esta revisión se encontró que diferentes autores están de acuerdo acerca de la gravedad de la depresión en la infancia y señalar la importancia de desarrollar estudios de contribuir con las intervenciones apropiadas esta población. También se logró la identificación y concentración de diferentes producciones científicas que buscan identificar los síntomas de la depresión en niños y su prevalencia, pero los estudios siguen siendo escasos que ellos a su vez a las intervenciones, sobre todo los de orientación psicoanalítica. Del mismo modo, son raros los estudios que tratan de investigar la eficacia de los tratamientos para la depresión en niños y trastorno depresivo adolescentes.

Pérez, J., Rivera, C., Soto, E., y Muñoz, M. (2011). Trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes.

Esta investigación nos muestra el avance que se ha tenido respecto a la depresión infantil, ya que por mucho tiempo se consideró que la depresión no existía en los pacientes pediátricos, en las últimas tres décadas se le empezó a reconocer como un trastorno que también padecen niños y adolescentes, conocida como depresión de inicio temprano cuando inicia antes de los 18 años. Esta depresión de inicio en edad temprana involucra para el paciente años de interrupciones en el desarrollo de distintos aspectos de la vida como la educación y el empleo. Además de que logra crear una condición de favorecimiento a ciertos problemas durante el primer episodio de depresión, como el tiempo en que se consigue atención, el tipo de ésta y por consiguiente la duración del episodio. La comorbilidad posee también un rol fundamental para aquellos en contacto pacientes pediátricos en riesgo, ya que un elevado porcentaje de éstos presenta otro trastorno psiquiátrico. El tratamiento de la depresión infantil, actualmente consiste en: terapia psicológica, tratamiento farmacológico o bien el tratamiento combinado. El empleo de fármacos se reserva para pacientes con depresión severa y por el momento la FDA sólo ha aprobado el uso de fluoxetina en pacientes de 8 a 17 años.

Royo, J., y Martínez, M. (2012). Los trastornos depresivos.

En este artículo se menciona que los trastornos depresivos en niños y adolescentes son frecuentes, de naturaleza crónica-recurrente, y se asocian frecuentemente con trastornos comórbidos y pobre pronóstico que puede mejorar si el cuadro se identifica y se trata precozmente. En cuanto a la sintomatología se sabe que en los niños varían, por lo que frecuentemente se infradiagnostica y no se trata adecuadamente porque se confunden sus síntomas con los cambios emocionales habituales durante el desarrollo. Los síntomas depresivos en la infancia son similares a los que aparecen en las depresiones de los adultos con la excepción de que presentan irritabilidad de modo más habitual que tristeza. Se considera que los trastornos depresivos son un subgrupo de los trastornos del estado de ánimo e incluyen el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado. Se considera que su aparición en la infancia y la adolescencia supone un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y por el incremento en la morbilidad y mortalidad psicosocial. Mientras que el suicidio se encuentra entre las primeras causas de muerte en adolescentes con una tendencia creciente. La conducta suicida incluye las tentativas de suicidio, la ideación suicida y la conducta autolesiva. De esta manera se considera que la detección, diagnóstico e intervención precoces son esenciales en esta enfermedad, así como el desarrollo de programas y estrategias de prevención.

Herrera, E. (2012). Elementos conceptuales y tendencias investigativas en la depresión infantil.

La depresión infantil es un tema que en la actualidad ha cobrado relevancia en el medio académico y asistencial por su connotación en una etapa como la infancia donde por décadas se ha considerado el niño como símbolo de alegría. Por lo tanto este artículo tiene por objetivo realizar un análisis de los factores más relevantes que componen la investigación y los avances teóricos entorno a la depresión infantil. Después de realizar una revisión de diversos documentos se obtuvieron los siguientes resultados: el instrumento más utilizado es el CDI (Children's Depression Inventory) como medio de diagnóstico y se ha demostrado ampliamente que el instrumento posee una buena fiabilidad y confiabilidad en diversas culturas. De igual forma, se afirma que las variables más estudiadas en la depresión infantil corresponden a las de tipo cognitivo, como lo son la evaluación de habilidades para resolver problemas, Cogniciones negativas, desesperanza, autoestima, y estilos atribucionales, son otras de las variables evaluadas. Finalmente, se expresa que la prevalencia de la depresión en la infancia varía ampliamente dependiendo del método de diagnóstico como de la cultura.

García, E. (2013). ¿Qué Es La Depresión Infantil? Taller Para Padres.

El objetivo de este trabajo es que el padre logre identificar síntomas de la depresión, factores que la desencadenan, la importancia que tiene el pensamiento y el estado emocional del menor dentro de un tratamiento tendrán un impacto positivo. La importancia rescinde en que la depresión infantil es una enfermedad que genera múltiples problemas en el menor (a nivel social, emocional y educativo). esta propuesta a pesar de que es importante presenta limitaciones como que el taller solo podrá llevarse a cabo por personas que tengan conocimientos del tema para que sean posible poder explicar y proponer alternativas de aplicación y adecuarlas respecto al grupo con el que se pretenda trabajar, también es importante para que el taller logre su objetivo debe darse un compromiso mutuo tanto del expositor como del padre, el cual debe estar consciente de que el trabajo no solo se realizara en el taller si no fuera de este.

Mancilla, M. (2014). Depresión infantil un enfoque conductual y psicoanalítico.

Se puede decir que en la última década ha crecido el interés sobre los trastornos afectivos en la infancia esto se puede observar ya que el número de investigaciones va en aumento. En cuanto a la depresión las causas inmediatas se refieren a las manifestaciones anímicas, conductuales, cognitivas y socio afectivas teniendo repercusiones en el área escolar y socio afectivo. Este problema tiene relevancia e México ya que se sabe que 5000000 de personas están recibiendo tratamiento por algún problema de salud pública de los cuales 8-10% son menores de 18 años. Con estos antecedentes se tuvo como objetivo realizar una comparación de la perspectiva conductual y desde la perspectiva psicoanalítica de como abordan la depresión infantil. Como resultado de esta investigación se encontró que el tratamiento conductual es capaz de conseguir resultados en la modificación de comportamientos específicos pero estos resultados no permanecen mucho tiempo, en lo que se refiere al tratamiento psicoanalítico el juego ha demostrado que promueve una relación de trabajo entre paciente y terapeuta.

Morales, M. (2014). Depresión Infantil.

En este artículo se hace da una explicación sobre lo que es la depresión en la infancia. Es un tema que actualmente es de gran relevancia ya que la depresión pone en peligro el bienestar y desarrollo del niño afectando principalmente el estado de ánimo, causando problemas cognitivos, psicomotores e interpersonales. Debido a lo anterior, resulta importante la promoción y prevención de la salud, la cual se debe llevar a cabo mediante diferentes procesos, para los cuales es necesario realizar una planificación y sistematización con el fin de favorecer el aprendizaje sobre la enfermedad y mantenimiento de la salud. Es por ello que se busca conseguir cambios sociales hacia la salud, establecer ambientes sanos y cambiar estilos de vida. Dentro de los tratamientos con los que se cuenta para la depresión infantil, se puede generar un proceso psicoterapéutico desde varios enfoques entre ellos se encuentra la Terapia cognitivo conductual, racional y emotiva, gestáltica, familiar, de juego, neurofeedback, psicoanalítica, específica en caso de intento suicida y tratamiento farmacológico.

## **Etiología de la depresión en niños**

Abaid, J., Dell'Aglio, D., & Koller, H. (2010). Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados.

Este estudio tiene como objetivo realizar una investigación sobre los acontecimientos estresantes de la vida, y las variables psicosociales que son predictores de los síntomas depresivos en niños y adolescentes institucionalizados. Para lograr cumplir este objetivo se contó con una población de 127 niños y adolescentes con un rango de edad entre 7 a 16 años, los cuales vivían en los refugios de protección. Se realizaron dos aplicaciones de manera longitudinal de IEEIA y CDI. Se encontró que no existen diferencias significativas en la puntuación CDI, y lineal múltiple se permiten proponer un modelo de predicción, que, junto explicado 56,7% de la variación en las puntuaciones de CDI. Ya que las puntuaciones de los síntomas depresivos en la muestra estudiadas fueron bastante altos, lo que indica que posiblemente, la desintegración familiar y eventos factores de estrés que experimentan los niños y adolescentes institucionalizada participar en este estudio. Estos resultados indican la urgencia de trabajo de intervención en las escuelas y las familias, que pueden contribuir a estos espacios si constituir redes de apoyo social y emocional.

Moreno, A. (2010). Violencia familiar asociada a depresión infantil.

El propósito de esta investigación es el realizar una recopilación de información acerca de la depresión infantil ante un ambiente familiar violento, donde los padres contribuyen en gran medida a que se presente la depresión en los niños en edades tempranas ante un ambiente violento por lo que es importante contar con bases e información para poder prevenir y sensibilizar a través de un taller con el cual se pueden prevenir los síntomas de depresión. Así tras el análisis de la información encontrada se confirma que la violencia familiar tiene repercusiones graves para los niños que son testigos de violencia directa e indirecta y que así desde la psicología se pueden realizar aportaciones para elevar la sensibilización de la importancia que se le concede a la depresión infantil comenzando desde el núcleo familiar.

Qualter, P., Brown, S., Munn, P., & Rotenberg, K. (2010). Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study.

Este estudio es un estudio longitudinal de 8 años investigación que tiene como objetivo conocer si la soledad en la infancia predice síntomas depresivos en la adolescencia, teniendo un control sobre los indicadores de la primera infancia de los problemas emocionales y una medida sociométrica de pares preferencia social. Para esto fueron seleccionados 296 niños que fueron probados en los años infantiles de la escuela primaria (T1 5 años de edad), en la escuela primaria superior (T2 9 años de edad) y en la escuela secundaria (T3 13 años de edad). En T1, los niños completaron la evaluación de la soledad y la entrevista sociométrico. Sus maestros completaron escalas de internalización y la internalización de calificación para cada niño. En T2, los niños completaron una evaluación de la soledad, una medida de los síntomas depresivos y la entrevista sociométrico. En T3, los niños completaron la evaluación de los síntomas depresivos. Un análisis mostró que los síntomas depresivos en la adolescencia temprana (13 años) fueron predichas por los informes de los síntomas depresivos en los 8 años, que a su vez fueron predichas por la internalización de la escuela infantil (5 años). El efecto interactivo de la soledad a las 5 y 9, indicativo de la soledad prolongada en la infancia, también predijo los síntomas depresivos en la edad 13. Padres y soledad relacionado pares a los 5 y 9, las variables de aceptación entre iguales, y la duración de la soledad de los padres no predijo la depresión. Con lo cual los resultados sugieren que soportar la soledad relacionado pares durante la infancia constituye un factor de estrés interpersonal que predispone a los niños a los síntomas depresivos adolescentes.

Castro, A. (2010). Funcionalidad familiar y depresión infantil.

Se realizó la presente investigación con una población de 100 niños, con edades entre los 6 a 10 años de la U.M.F. N°78 del I.M.M.S.S de la población de Ahuazotepec, Puebla. De los cuales 47 fueron hombres y 53 mujeres. Con el objetivo de conocer la asociación de las familias disfuncionales con la ocurrencia de depresión en niños a diferencia de aquellos con límites familiares claros. este estudio cobra importancia ya que los niños que suelen presentar problemas de conducta, estado de niño y comportamiento son considerados como problema a nivel escolar, pero estos no reciben un diagnóstico al no ser considerados un problema de salud; todo esto acompañado a que en México las familias no suelen hablar acerca de los aspectos de su funcionalidad por lo tanto estos no son identificados o detectados creyendo que no influyen sobre la conducta de sus miembros (sean niños o adultos). Se obtuvo una frecuencia de depresión para la población del 13% con una media de edad de 7 años. Las variables más relacionadas con la disfunción familiar y los síntomas depresivos encontrados son, el número de hermanos (tres o más) y el nivel educativo de los padres. Con los datos obtenidos se puede concluir que al existir una relación entre la funcionalidad familiar y la depresión infantil es importante tomar medidas para un abordaje multidisciplinario, de tal forma que en el primer nivel de atención se pueda prevenir un problema mayor trabajando con los de menor edad.

Rodríguez, S. (2010). Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños.

La presente investigación tiene como objetivo conocer si existe alguna relación entre el nivel socioeconómico, el apoyo social percibido, género y depresión en niños. Para cumplir con este objetivo se realizó un estudio correlacional con una muestra de 593 escolares con edades entre 9 y 13 años. A este grupo se le aplicó la adaptación argentina para niños del Cuestionario MOS de Apoyo Social (MOS-A) de Rodríguez Espínola, adicional a esto se aplicó la Versión Argentina de la Escala de Depresión para Niños y Adolescentes de Harter y Nowakowski. Al obtener los resultados y hacer el análisis estadístico se obtiene que en el análisis MANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas entre el nivel socioeconómico bajo y medio en la percepción de apoyo social total y estructural, donde la clase baja demostró menor apoyo social percibido y estructural que la clase media y que la percepción de apoyo social según género no demostró diferencias significativas. También se puede observar mediante un MANOVA que había diferencias en la depresión, según la percepción de apoyo social, categorizado en bajo, medio y alto, por lo tanto los niños que percibieron alto apoyo social demostraron mayor estado de ánimo positivo, autovaloración positiva y menor energía-interés. Los distintos factores de depresión se relacionaron estadísticamente según el nivel socioeconómico medio y bajo. El grupo de clase baja puntuó menos en estado de ánimo positivo, en autovaloración positiva, en energía-interés y en autoinculpación, demostrando que estos niños se perciben más deprimidos que los de clase media. No se observaron diferencias con respecto a la depresión y el género.

Delgado, P. y Tinoco, M. (2011). Las crisis familiares y afectivas como factores de riesgo que originan la depresión infantil en niños y niñas de 5 a 6 años de edad cronológica en las escuelas fiscales “José Ingenieros no. 1” y “18 de noviembre” de la ciudad de Loja período 2009-2010.

Esta investigación tiene como objetivo general, Dar a conocer la importancia de las Crisis Familiares y Afectivas como factores de riesgo que originan la Depresión Infantil de los niños y niñas de 5 a 6 años los cuales acuden a las Escuelas Fiscales “José Ingenieros” y “18 de Noviembre” de la ciudad de Loja período 2009-2010. Para cumplir con este objetivo se empleó como metodología en su variante de método descriptivo, en el cual se analizan los datos obtenidos de los test realizados a los niños a partir de la información proporcionada por los educadores y las encuestas aplicadas a los padres. Después de realizar el análisis de concluye que existen crisis familiares y afectivas en los alumnos del Primer Año de educación Básica, lo que constituye un aspecto muy importante en el desarrollo socio-afectivo del niño. De igual forma las depresiones infantiles se originan debido al estado emocional en el niño, tristeza, irritabilidad, llanto fácil, aislamiento social, son algunos de los síntomas que los niños presentan a causa de estos problemas sociales que cada día afectan más en nuestra sociedad y fundamentalmente en la ciudad de Loja.

Espinoza, E. (2012). La violencia intrafamiliar y su influencia en la depresión infantil de los niños de 8 a 12 años de la escuela fiscal vespertina Rosa Grimanesa Ortega periodo enero-julio 2012.

El objetivo de esta investigación es el analizar una de las problemáticas consideradas de gran importancia para la sociedad y la familia, que es la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión infantil. Para lograr este objetivo se tuvo como escenario la escuela fiscal vespertina “Rosa Grimanesa Ortega” de la Ciudad de Loja en donde se aplicó la Entrevista Psicológica, Familiograma, Historia Clínica para conocer la dinámica familiar y detectar si existe o no Violencia Intrafamiliar. También se utilizó el reactivo psicológico Inventario de depresión infantil, el cual permite detectar depresión infantil. Al realizar al análisis de los datos se obtuvo que de las niñas el 77% presento síntomas depresivos mientras que los niños presentaron un 68%, también se demostró que la violencia intrafamiliar influye de manera significativa en la presencia de la depresión infantil en donde se encuentra que más del 70 % de los niños y niñas presentan relaciones disfuncionales dentro de la dinámica familiar. Demostrando que la violencia intrafamiliar influye de gran manera en la presencia de la depresión infantil.

Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe I., y Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas.

El objetivo de este estudio es el lograr un análisis de la tasa de sintomatología depresiva infantil en el ámbito escolar a partir del examen de las variables clínicas y escolares relacionadas con la sintomatología depresiva, para obtener un modelo predictor de la depresión que ayude a detectar y a entender mejor esta patología. Para cumplir con este objetivo se contó con una muestra compuesta por 1104 estudiantes de 8 a 12 años de edad de distintos centros escolares de la Comunidad Autónoma del País Vasco. A los participantes se les aplico el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y el autoinforme S-2 del Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC). Adicional a la evaluación que se le realizo a los niños, los maestros tutores proporcionaron información sobre el rendimiento académico de cada estudiante. Tras el análisis de los datos obtenidos de la evaluación se encontró que, existe una interacción entre el sexo y la edad de los alumnos, lo que apoyaría la perspectiva evolutiva del trastorno depresivo. También se encontró que en los hombres los niveles de sintomatología depresiva descendían con la edad, pero en las chicas se daba un ligero repunte a la edad de 12 años. Los predictores se encontró que los más destacables de la depresión infantil eran el estrés social, la ansiedad, el sentido de incapacidad y la baja autoestima, lo que vendría a demostrar la vertiente emocional, social y cognitiva de la sintomatología depresiva.

Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Flores, A. Y Fulquez, D. (2013). Las competencias socioemocionales como factor protector ante la sintomatología de ansiedad y depresión.

Esta investigación presenta un estudio de tipo descriptivo correlacional el cual tiene como objetivo el identificar el papel de las competencias socioemocionales como un factor protector ante la sintomatología ansiosa o depresiva en jóvenes. Para esto se contó con una muestra 840 participantes mexicanos a los cuales se les aplicó el inventario de coeficiente emocional de bar-on, la escala de ansiedad manifiesta en niños revisada (rcmas), así como el inventario de depresión infantil (cdi) de kovacs. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que existe una relación negativa entre las variables, y un valor predictivo de las competencias socioemocionales de un 14% para sintomatología ansiosa y de un 39% para sintomatología depresiva. Con estos datos se puede concluir que existe una creciente importancia de desarrollar programas que, a partir del entrenamiento en competencias socioemocionales, contribuyan a prevenir la aparición temprana de trastornos afectivos.

Motta, L. (2013). Identificación de trastornos depresivos en niños y niñas de 7 a 12 años víctimas de maltrato infantil atendidos en la comisaria primera de Florencia Caquetá.

En esta investigación se aborda, el maltrato físico y psicológico como los dos tipos de maltratos que más refieren los niños y niñas atendidos en la comisaria Primera de familia de la ciudad de Florencia Caquetá, con el fin de identificar si padecer estos tipos de maltrato provocan depresión Infantil. Para lograr esto se contó con una población de 11 niños y 12 niñas, para un total de 23 entre los 7 y 12 años de edad, los cuales acuden a la comisaria Primera de familia de Florencia-Caquetá y que han sido víctimas de maltrato físico y/o psicológico. Se les realiza una evaluación a base de una entrevista semi-estructurada y el Inventario de Depresión para Niños (Children's Depression Inventory), con el fin de identificar si esta población presenta depresión infantil. Como resultado se obtuvo que existe una prevalencia del 50% de sintomatología depresiva en 23 niños y niñas, y una relación directa entre maltrato físico y/o psicológico con síntomas depresivos en niños y niñas.

Martínez, M., García, J., e Inglés, J. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de jóvenes españoles.

El objetivo de este estudio es analizar las relaciones y capacidad predictiva de las situaciones y sistemas de respuesta de la ansiedad escolar sobre la ansiedad rasgo, la ansiedad estado y la depresión. Para esto fueron aplicados el Inventario de Ansiedad Escolar (IAES), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI y STAIC) y el Inventario de Depresión Infantil (CDI), a una muestra de 1409 estudiantes españoles de 12 a 18 años de edad. Los resultados muestran correlaciones positivas y significativas entre las situaciones y respuestas de ansiedad escolar con ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión. Además, la mayoría de factores situacionales y sistemas de respuesta de la ansiedad escolar son predictores significativos y positivos de la ansiedad rasgo, la ansiedad estado y la depresión.

Herazo, M. y Villamil, V. (2013). Relación entre síntomas depresivos, Índice de Masa Corporal y autopercepción del peso en escolares.

Esta investigación tiene como objetivo conocer la asociación que existe entre los síntomas depresivos, índice de masa corporal (IMC) y autopercepción del peso corporal en jóvenes escolares de Bogotá, D.C. (Colombia). Para cumplir con este objetivo se realizó un estudio analítico transversal en el que participaron estudiantes de colegios públicos, la población estaba compuesta por 321 estudiantes, con edades entre 12 y 18 años. Para evaluar los síntomas depresivos se cuantificaron con la versión de 10 ítems de la escala de Zung para depresión, el IMC se calcula a partir de la toma de peso y talla, y la autopercepción de peso corporal mediante una pregunta con tres opciones de respuesta (0=bajo, normal=1 y alto=2). Después de realizar el análisis estadístico de los datos se obtuvieron los siguientes resultados para los síntomas depresivos se encontró una puntuación entre 10 y 36, los IMC se observaron entre 14,5 y 29,8, y la autopercepción del peso fue baja en 15,0 %, normal en 71,0 % y alta en 14,0 %. Con lo cual se concluye que el IMC guarda relación con la autopercepción del peso corporal, mientras que los síntomas depresivos no mostraron asociación con la autopercepción del peso.

## **Evaluación, diagnóstico y las intervenciones de la depresión en niños**

Figueroa, E. (2010). *La construcción de la depresión infantil*.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar las formas de abordar la depresión infantil, hacer una propuesta para entenderla como un problema psicosomático y reflexionar sobre el tratamiento de un caso. para ello se analiza el caso de un paciente de 10 años de edad, de nivel socio económico bajo cursando el 5º año de primaria el cual fue atendido en la Clínica Universitaria de salud Integral (CUSI) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. El paciente acude a consulta ya que había tenido 3 intentos de suicidio y amenazaba constantemente con hacerlo además de mostrar síntomas de baja autoestima. Para el diagnóstico se realiza a partir de 3 aspectos el primero una entrevista semiestructurada con la madre del niño, los ejercicios proyectivos gestálticos y los resultados de la evaluación psicométrica aplicada al ingresar al servicio del CUSI. El trabajo terapéutico que se realizó está basado en la terapia Gestalt ya que este enfoque considera al cuerpo y trabaja con él, la parte teórica y reflectiva del caso se hizo desde un enfoque corporal. Con el paciente se trabajaron las conductas de autodestrucción, su autoconcepto y soledad, para así lograr esto se le enseñó a demostrar sus emociones, su autoconfianza, el reencuentro con sus sentidos y su cuerpo a través de actividades sensoriales. Dichas actividades tuvieron como resultado que el paciente lograra un mayor contacto con su cuerpo, comenzará a expresar sus emociones, mostraba mayor fluidez al hablar y en expresar como se sentía.

Figueras, A., Amador, J., Gómez, J., y Del Barrio, V. (2010). Psychometric Properties of the Children's Depression Inventory in Community and Clinical Sample.

la presente investigación tiene como objetivo conocer las propiedades psicométricas del Children's Depresión Inventory (CDI) para ello se empleó una muestra comunitaria de 1.705 participantes compuesta por 792 hombres y 913 mujeres y en una muestra clínica de 102 participantes compuesta por 42 hombres y 60 mujeres con edades entre los 10 y los 18 años. Una vez realizado el análisis estadístico se observan los siguientes resultados en cuanto a la fiabilidad del CDI se considera elevada para ambas muestras. Las puntuaciones medias son similares a las encontradas en otras muestras españolas y anglosajonas. En general, las mujeres obtienen puntuaciones superiores a los varones. El punto de corte que mejor discrimina entre los participantes diagnosticados de depresión y el grupo comunitario de contraste es 19, con una sensibilidad de 94.7%, una especificidad del 95.6%, un valor predictivo positivo de 0.90 y un valor predictivo negativo de 0.98.

Ulloa, R., Peña, F., y Nogales, I. (2011). Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión.

El trastorno depresivo mayor (TDM) en niños y adolescentes es un trastorno común y discapacitante, a menudo recurrente, que persiste hasta la edad adulta y se ha asociado a disfunción familiar, social y escolar y a la conducta suicida. Este artículo presenta una revisión de la bibliografía acerca de la eficacia y seguridad de los antidepresivos en este grupo de edad, así como el efecto de la psicoeducación y otras intervenciones psicológicas en el funcionamiento académico y social de los pacientes. Para su elaboración se examinaron preferentemente estudios aleatorizados doble ciego y metaanálisis; también se revisaron los consensos de expertos. En cuanto al tratamiento farmacológico, los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina han mostrado eficacia superior a la del placebo en estudios controlados doble ciego. En particular, la fluoxetina ha sido aprobada por la FDA para su uso en niños y adolescentes y el escitalopram para su uso en adolescentes. Otros antidepresivos, como la venlafaxina o mirtazapina, no han mostrado eficacia superior al placebo en estudios controlados. El tratamiento farmacológico debe considerar la comorbilidad. La psicoeducación es el primer componente del tratamiento psicosocial. La psicoterapia tiene como objetivo la reducción de la gravedad de los síntomas a través del incremento de la autoestima, de la tolerancia a la frustración, de la autonomía y de la capacidad de disfrutar actividades de la vida diaria. La terapia interpersonal y la terapia cognitivo conductual han mostrado eficacia en niños y adolescentes en ensayos controlados. Es importante el seguimiento de los pacientes para evitar las recaídas y complicaciones como la conducta suicida.

Del Rio, E. (2011). Estudio comparativo para diagnóstico de depresión mediante la aplicación de CDI (inventario de depresión infantil) y CDS (escala de depresión infantil) en pacientes de 8 a 16 años con epilepsia y la posible influencia de factores familiares y socioeconómicos, en un centro de tercer nivel.

Esta investigación tiene por objetivo el comparar los resultados de la aplicación de la escala de CDI versus la escala de CDS para el diagnóstico de depresión en pacientes pediátricos con epilepsia sin retraso mental. Para lo cual se utilizó una muestra de 17 pacientes todos ellos pacientes pediátricos de 8 a 16 años del servicio de neurología pediátrica del “centro médico nacional 20 de noviembre” con diagnóstico de epilepsia y sin retraso mental. Para evaluar la depresión se utilizan las escalas autoaplicables antes mencionadas y tras realizar el análisis estadístico se encontró que la CDS mide 8 dominios y cuyo punto de corte en población mexicana es de 175 fue aplicada en todos los pacientes encontrando que cumplieron con puntaje de depresión 4 casos lo que representa el 23.5%, y el CDI que mide 2 dominios y cuyo punto de corte recomendado por los autores es 19 con lo cual 5 pacientes de la muestra presentaron depresión infantil. Con lo cual se concluye que ambas pruebas son efectivas en la población mexicana.

Barajas, K. (2012) Propuesta para la modificación de la de la depresión infantil.

Tiene como objetivo el determinar los cambios en los niveles de depresión presentados por los alumnos de una primaria pública, posterior a un taller para la reestructuración de la autoestima. para se tuvo como escenario la escuela Constitución del '57 de Uruapan Michoacán, ya que esta institución no tiene conocimiento de cómo identificar la depresión en su población estudiantil, ni cuenta con ningún programa que les permita tratar este problema, ni con estrategia o herramientas para disminuir la depresión, aumentar la autoestima, mejorar el autoconcepto y autoimagen de los educandos. Los grupos con los cuales se trabajó fueron de 3° y 4°. Con un rango de edad de 8 a 10 años, de los cuales a partir de la aplicación de un instrumento de evaluación para determinar cuáles de los niños presentan rasgos de depresión y así trabajar con ellos, con esto se logró una muestra de 15 niños (8 varones y 9 mujeres) presentaron de acuerdo con el Test inventario de depresión infantil de Kovacs un grado de depresión grave. A los niños seleccionados se les aplicó un taller establecido como estrategia de intervención con el fin de reestructurar su autoestima. Al concluir el taller se re aplicó el inventario de Kovacs para identificar las variaciones en los puntajes obtenidos. Se encontró un favorecimiento en las relaciones sociales, la disminución del pensamiento catastrófico, modificación en la creencia de no ser amados por nadie y disminución de creencia de incapacidad al realizar la mayoría de las actividades. Lo cual indica que en el caso de los niños de esta escuela el taller de autoestima que recibieron realizó modificaciones en el nivel de depresión infantil.

Sally, N., Hetrick, S., Cox, G., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. & McDowell, D. (2012). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents.

El objetivo de esta investigación es determinar si las intervenciones psicológicas, las intervenciones educativas, o ambas, son eficaces para prevenir la aparición de los trastornos depresivos en niños y adolescentes. Para esto realizaron búsquedas en la bases de datos, resúmenes de conferencias, listas de referencias de los estudios y revisiones. De esta manera fueron seleccionados ensayos controlados aleatorios de los programas de prevención psicológicos o educativos, para los jóvenes de entre 5 y 19 años de edad, que no cumplen actualmente los criterios diagnósticos para la depresión o que estaba por debajo de la clínica gama de escalas de evaluación estandarizados, validados y confiables de la depresión. Como análisis de los documentos se obtuvo que el riesgo de sufrir un trastorno depresivo post-intervención se reduce de forma inmediata en comparación con ninguna intervención por lo cual hay pruebas de que los programas de prevención de la depresión universales son efectivos en comparación con ninguna intervención. Sin embargo, ocultamiento de la asignación no está claro en la mayoría de los estudios, y no hay heterogeneidad en los hallazgos. La persistencia de los resultados sugiere que esto es real y no un efecto placebo.

López, L. (2013). Propuesta de taller de psicología positiva para prevenir la depresión en niños de 6 a 11 años con padres divorciados.

Para la psicología positiva, la depresión es un trastorno del ánimo que se puede presentar a lo largo de la vida, aunque es frecuente en la etapa de la niñez, habitualmente puede ser más grave en la adolescencia. Las personas con depresión muestran una historia de aprendizaje en la que no son capaces de sentirse triunfadores y de controlar su vida, ya que aprenden a considerarse indefensos. Cuando se encuentran en un ambiente complicado, estas personas tienen la creencia de que no lograran afrontarla con éxito, apareciendo la depresión. Así una de las causas principales de la depresión en los niños, es el divorcio de los padres, por lo que antes de la separación es importante que los padres hablen e informen a los hijos de los cambios que se aproximan. Aunque en ocasiones el divorcio es necesario para muchas parejas, desafortunadamente afectara de forma negativa a los hijos, independientemente de la edad que tengan. Con este motivo se propone un taller de psicología positiva dirigido a los padres en situación de divorcio, con la finalidad de proporcionarles las herramientas necesarias para prevenir la depresión en sus hijos, así se tiene como objetivo que los participantes apliquen los conocimientos y habilidades adquiridos sobre psicología positiva, a fin de apoyar a sus hijos y prevenir la depresión ante en divorcio de los padres, estos talleres están planadas para realizarse en grupos de 10 a 20 participantes durante 4 sesiones de 2 horas.

Nunez, M., y Da Silva, G.(2013). Propiedades psicométricas da escala baptista de depressão infanto-juvenil (EBADEP-IJ).

El objetivo de esta investigación es conocer la evidencia de la validez basada en relación a las variables externas para la Escala de Depresión Baptista (Versión Niños y Jóvenes) - EBADEP-IJ, Percepción Inventario de Apoyo a la Familia (IPSF) Percepción Escala de Apoyo Social (EPSUS), mediante el Inventario La depresión infantil (CDI) como una medida de ayuda. Los participantes del estudio fueron 241 estudiantes, y 167 (69,3%) eran mujeres, con edades comprendidas entre 8 y 17 años, de las escuelas públicas en una ciudad en el estado de São Paulo. Los participantes respondieron colectivamente en el aula, un cuestionario identificación, seguido de EBADEP-IJ o ICD y el IPSF y EPSUS. Los resultados apuntan a una alta correlación a EBADEPIJ / CDI con el IPSF y baja negativa entre EBADEP-IJ / CDI y EPSUS. Evidencia encontrada de validez basada en la relación con variables Externo que EBADEP-IJ. De esta manera se demuestra que el EBADEP-IJ, puede ser considerada una herramienta valiosa en la detección de síntomas la depresión, así como ayuda en el diagnóstico de la enfermedad.

Selva, G. y Sanz, A. (2013). La RCADS-30: una técnica psicológica para evaluar conjuntamente la ansiedad y depresión en niños y adolescentes.

El objetivo de este trabajo es evaluar las propiedades psicométricas de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS-30) a fin de complementar un estudio que puede validar este instrumento para el uso en población infantil cubana. La muestra estuvo constituida por 696 estudiantes supuestamente sanos, de ellos 375 de la educación primaria y 321 de educación secundaria, con un rango de edad entre los 9 y los 14 años, edades en la que se puede aplicar el instrumento según el autor de la técnica original. A los escolares se les aplicó la técnica RCADS-30 con el fin de evaluar la confiabilidad y validez. Tras el análisis estadístico de los datos obtenidos se reportan índices moderadamente altos de confiabilidad. Para evaluar la validez de constructo se realizó el análisis factorial en la muestra seleccionada develó que la estructura estuvo compuesta por 6 factores, como la estructura conceptual original. Estuvo más clara la estructura del Trastorno de ansiedad de separación, el Trastorno de ansiedad generalizada, la Fobia social y el Trastorno de pánico. Las estructuras más segregadas fueron las correspondientes al Trastorno depresivo mayor y el Trastorno obsesivo-compulsivo. Para la validez de constructo también se exploraron las intercorrelaciones existentes entre las diferentes subescalas de la técnica, se corroboró la elevada comorbilidad que existe entre todos los trastornos abordados. La subescala que más alta puntuación obtuvo en las correlaciones con otros trastornos fue la del Trastorno obsesivo-compulsivo. En los resultados de validez y confiabilidad del presente estudio ha incidido que la muestra de niños y adolescentes que se seleccionó para trabajar es supuestamente sana, solo una parte de ella presenta los trastornos que se pretenden diagnosticar con la RCADS-30.

Paulino, C. (2013). Depresión Infantil: Guía Para Detectarla.

La depresión es un problema importante de salud debido tanto a su prevalencia relativamente alta a lo largo de la vida como la importante discapacidad que causa. En México se sabe que la depresión infantil es la segunda patología más frecuente en la psiquiatría infantil del .4% al 2.5% de niños en México la padecen. En niños pequeños (preescolares) la depresión toma una base psicósomática, estos son trastornos del sueño, de la alimentación, crisis de llanto, enuresis entre otras. En niños mayores se presenta irritabilidad, alta sensibilidad dificultades de contacto, semblante triste, dolores de cabeza e insomnio. También menciona que se encuentran entre los factores de riesgo para la depresión el vivir en estrés constante, el presentar una pérdida importante o el tener algún problema de aprendizaje o de conducta.

Moreno, S., Moreno, L., Peña, S., y Salinas, L. (2014). Guía de atención clínica para el manejo de la depresión en niños escolarizados.

Este artículo tiene como objetivo el diseñar una guía de atención clínica para el manejo de la depresión infantil en niños de 7 a 12 años pertenecientes a instituciones educativas, con el fin de proporcionar mayor información y estrategias de evaluación e intervención en relación a esta problemática y su influencia en los procesos terapéuticos, educativos y familiares. Este manual está dirigido a padres, maestros, cuidadores y psicólogos presentes en contextos educativos. El primer paso para la realización de este manual fue un estudio de mercado para determinar las necesidades de la población, éste estudio fue aplicado en instituciones educativas de carácter privado, a partir del mismo se establece como producto final una guía constituida por aspectos generales de la depresión, evaluación y el manejo adecuado para dicha problemática. En conjunto con la aplicación de la guía se realizara una serie de conferencias compuesta por 3 sesiones en donde se abordarán aspectos generales de la depresión infantil, evaluación y el manejo de ésta, profundizando principalmente en la explicación de la Terapia Cognitivo Conductual y el Mindfulness. También se cuenta con una cartilla como material de apoyo, con el fin de proporcionar herramientas adecuadas a todas las instituciones educativas y padres para la identificación de la depresión infantil y el establecimiento de un adecuado abordaje. Se puede concluir que la guía ofrece un mayor alcance puesto que se especializa directamente en la atención y manejo clínico de la depresión infantil brindando estrategias que ayudarán al bienestar de los niños con esta problemática.

Coutinho, M., Oliveira, M., Pereira, D., y Santana, O. (2014). Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil.

Este estudio tiene como objetivo realizar la verificación de aspectos de eficacia, fidelidad y estándar del Inventario de la Depresión Infantil (CDI) para una muestra de población de niños y adolescentes de Teresina - PI. Para cumplir con este objetivo se contó con una población de 730 alumnos, con edades entre 9 y 17 años, de los cuales el 55.7% pertenece al sexo femenino. Se realizó un análisis factorial a partir del método Maximum Likelihood y los resultados indicaron una solución unifactorial, compuesta por 17 ítems. Esta estructura determinó un 22.56% de la variancia total, con un índice de consistencia interna  $\alpha=0,82$  (alfa de Cronbach). La sugerencia de este estudio proporciona un punto de corte 16 para ser utilizado como screening en la identificación de esta alteración psicoafectiva. Con los resultados anteriores se puede concluir que existen parámetros psicométricos aceptables para la estructura factorial mantenida y refuerzan su eficacia y utilidad en la identificación de los síntomas depresivos en el contexto infanto-juvenil.

## **Prevalencia de la depresión en niños**

Cajigas, N., Kahan, E., Luzardo, M., Y Ugo, M. (2010). Depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad.

La presente investigación tiene como objetivo conocer la prevalencia de depresión en estudiantes de enseñanza media pública tomando en cuenta el género y edad. Para lograr este objetivo se contó con una población de 600 estudiantes de 11 a 17 años de nivel socio-económico medio-bajo de un liceo público del Montevideo suburbano, a los cuales se les aplicó el Children's Depression Inventory (CDI) tomado de la traducción y validación españolas y factorizado y validado en Uruguay por estos autores con propiedades psicométricas mayoritariamente satisfactorias. Una vez analizados los datos se encontró que existe una prevalencia de la depresión de 15% de la muestra. En cuanto al género, se encontraron puntuaciones más altas en las chicas en la Puntuación Global y las dimensiones identificadas. Aunque no hay 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.

Jaramillo, k. (2010). La depresión y su incidencia en la adaptación escolar de los niños del primer año de educación básica del jardín de infantes del hogar santa marianita de Jesús de la ciudad de Ambato durante el semestre noviembre 2009 a marzo 2010.

Esta investigación tiene como objetivo conocer la incidencia de la depresión y su relación con la adaptación escolar de los niños del primer año de educación básica del jardín de infantes del hogar santa marianita de Jesús de la ciudad de Ambato durante el semestre noviembre 2009 a marzo 2010. En esta población se encontró que existe depresión en los niños la cual afecto en la adaptación escolar de la misma la que no les permite ser individuos participativos, comunicativos y emprendedores. Por lo cual de acuerdo a los porcentajes podría decir que los niños requieren un seguimiento por parte de los orientadores para despejar dudas, temores y angustias que generan la problemática. A través del estudio puede asegurarse que para lograr adaptar al niño a la escuela se da de acuerdo al medio y la procedencia social de los estudiantes.

Ospina, F., Hinestrosa, M., Paredes, M., y Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en jóvenes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia.

Esta investigación tiene como objetivo el estimar la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en jóvenes escolarizados entre los 10-17 años, de la comunidad de Chía Cundinamarca, utilizando las escalas CDI y SCARED, durante los años 2008 a 2010. Para lograr este objetivo se eligió realizar un estudio de corte transversal, para el cual fue seleccionada una población de 538 estudiantes, en los cuales se identificaron como variables sociodeográficas la edad, sexo, seguridad social y centro educativo de procedencia (público, privado, social o urbano). A esta población se les aplicaron las escalas CDI y SCARED. Tras realizar el análisis de los datos obtenidos de la evaluación se encontró que existen síntomas ansiosos o depresivos en el 40.5 % de la población estudiada; de los cuales el 28.3 % presentó síntomas sugestivos de ansiedad exclusivamente, con síntomas depresivos exclusivamente en 3.3 % y síntomas tanto de ansiedad, como de depresión en 8.9 %. Los síntomas ansiosos fueron más frecuentes en las mujeres y los síntomas depresivos y mixtos se presentaron con más frecuencia en hombres. Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos 6,9 % en hombres mientras que solamente 5.4 % en mujeres. Con estos resultados se puede concluir que los síntomas ansiosos y depresivos son frecuentes en esta población, por lo cual se hace indispensable el tener un sistema que permita la prevención o en su caso el diagnosticarlos tempranamente, con el fin de poder brindar una atención oportuna.

Beltrán, G., Mora, C., y Gantiva, C. (2011). *Prevalencia de la depresión infantil en un grupo de estudiantes entre los 9 y 12 años de un colegio del municipio de Cajicá.*

Este estudio tiene como objetivo conocer la prevalencia de la depresión en un grupo de estudiantes que comprende los grados de cuarto de primaria a primero de bachillerato es decir entre los 9 y 12 años de edad pertenecientes a un colegio ubicado en el municipio de Cajicá (Cundinamarca). Para cumplir con este objetivo se realizó un estudio descriptivo y se aplicó el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs. Se tuvo como resultado una prevalencia del 16%, lo que indica porcentajes altos de prevalencia de depresión infantil respecto a la población mundial que se encuentra entre un 8% y 10%, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo y grado de los participantes. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de síntomas depresivos respecto a las familias de origen de los participantes.

Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. & Cuevas, C. (2011). Child depression in the school context.

El objetivo de esta investigación es analizar los índices de depresión que se presentan en niños de entre 8 y 12 años de edad en una muestra española, para explorar la relación entre la depresión y el ajuste de la escuela, y para estudiar las competencias de los docentes en la detección de los síntomas de depresión. Para esto se contó con una muestra de 1.102 estudiantes que completaron el Sistema de Evaluación de Comportamiento para la Infancia (BASC), y también completaron la escala de depresión infantil (CDS), los profesores también completaron una versión adaptada del Formulario de Informe del Maestro (TRF). Tras analizar los resultados obtenidos de las evaluaciones se obtuvo que un 4% de la muestra presentaba síntomas depresivos clínicamente significativos. Los resultados también indican que la inadaptación escolar predice la depresión, y que la autoestima es también un factor predictivo de las niñas, pero no para los niños.

Gómez, Y. y Barrera, M. (2012). Aspectos neuropsicológicos asociados a la presencia de síntomas depresivos en niños escolarizados.

Este artículo tiene como objetivo realizar una estimación de la presencia de sintomatología depresiva en una muestra de niños escolarizados y describir el funcionamiento neuropsicológico de niños con sintomatología depresiva para compararlo con un grupo de características demográficas similares sin sintomatología depresiva. Para cumplir con este objetivo se aplicó el Inventario para la depresión infantil (Children Depression Inventory, CDI) a 312 niños escolarizados entre 9 y 12 años. Con base en los resultados se seleccionaron 62 niños los cuales se distribuyeron en dos grupos: uno con sintomatología depresiva y otro sin síntomas. La evaluación neuropsicológica incluyó: Test de caras, Cancelación de la A, Test de trazados (TMT) A y B, Figura de Rey, Stroop y Test de aprendizaje verbal para niños (CVLT). El CDI mostró que el 13.78% de los niños presenta sintomatología depresiva. La evaluación neuropsicológica arrojó únicamente diferencias significativas en la tarea de conflicto del Stroop. Esto sugiere que a nivel subclínico está afectada la capacidad para inhibir respuestas automáticas.

Moya, M. (2013). Incidencia de ansiedad y depresión en niños y niñas de 7 a 13 años de edad víctimas de maltrato físico, psicológico y sexual.

Esta investigación tiene como objetivo analizar con que prevalencia o incidencia se presentan ansiedad y depresión en niñas/os víctimas de maltrato. Esto se realiza mediante una investigación correlacional, no experimental, con métodos inductivo, deductivo y estadístico. Con una población de 14 niños y niñas, víctimas de maltrato físico, psicológico y sexual, se ha evaluado incidencia de ansiedad y depresión. Después de evaluar estos factores se encontró que la mayoría de los niños y niñas que fueron sujetos a esta investigación sufren de algún tipo de maltrato y por ende se ve afectado su esfera emocional, naciendo en ellos ciertos síntomas de ansiedad y depresión como resultado del maltrato del cual fueron víctimas. También se observó que tienden a aislarse del entorno tanto familiar, escolar, como social en el cual se desenvuelven.

Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Mercado, S., Y Solano, E. (2014). Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de barranquilla.

Esta investigación tiene como objetivo realizar una descripción sobre la prevalencia de sintomatología de depresión Infantil en niños y niñas pertenecientes a colegios oficiales de la ciudad de Barranquilla. Para ello se estudió una población obtenida mediante un muestreo aleatorio simple la cual consta de 178 estudiantes de 4° a 6°. a los cuales se les aplico el Inventario de Depresión Infantil CDI de Kovacks en su versión en español. Después de lo cual se obtuvo que un 15.73% de la población presenta sintomatología de depresión infantil, lo que equivale a 28 niños. Al comparar los niveles de prevalencia por género las niñas presentaron un 18,6% a diferencia de los niños con 13.04%. Asimismo cabe resaltar que entre los 11 y 12 años se reportaron los mayores niveles de prevalencia de la sintomatología de depresión con porcentajes de 6.18% y 4.49% respectivamente. Finalmente, recalca que el factor que obtuvo mayor prevalencia en la depresión infantil fue la autoestima negativa.

## Comorbilidad de la depresión en niños

López, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M., y López, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist).

El presente trabajo tiene como objetivo el presentar la sintomatología internalizante de ansiedad, depresión y quejas somáticas. Para esto se obtuvo una muestra de 300 niños y niñas de edades entre 8 y 12 años. Para evaluar esto se empleó como instrumento una escala abreviada (consiste en 96 ítems) del CBCL (Child Behavior Checklist). Con los resultados en los factores CBCL-DSM se encontró que la prevalencia para la muestra total estimada a partir del percentil 98 es del 54% en ansiedad, 32% en alteraciones afectivas y 29% en quejas somáticas; apareciendo más niños que niñas en las dos primeras alteraciones. Se realizó un análisis factorial común y se hallaron tres síndromes empíricos internalizantes: ansiedad-depresión, quejas somáticas y retraimiento-depresión. En estos síndromes empíricos la prevalencia, a partir de la media más una desviación típica, es: 18% en ansiedad-depresión y quejas somáticas, y del 14% en retraimiento-depresión, en todos los casos superior en niños que en niñas.

Barreto F. y Cipolotti, R. (2011). Síntomas depresivos em crianças e adolescentes com anemia falciforme.

Esta investigación se realiza con el objetivo de determinar la frecuencia de los síntomas depresivos en niños y adolescentes con anemia de células falciformes, y para caracterizar y síntomas asociados a estos estados. Para ello se realizó un estudio transversal de los pacientes con anemia de células falciformes con edades de entre 7 a 17 años atendidos en una clínica ambulatoria de Hematología Pediátrica, los cuales completaron el Infantil Depression Inventory (CDI). Tras lo cual se obtuvo que de 76 el 34.2% (26 pacientes) presentaban síntomas sugestivos de depresión. Siendo el ítem "No soy tan bueno como los otros colegas" el cual presentó mayor puntuación en aquellos pacientes que significativamente prevaleció CDI puntuación mayor o igual a 13. Así como la variable de los padres cuando eran separados o viudos y el ingreso familiar mensual menor o igual a R \$ 510,00. La "preocupación con el dolor" obtuvo independientemente de la presencia de síntomas depresivos un puntaje alto. De esta manera se puede concluir que aunque la depresión en niños y adolescentes con anemia de células falciformes es aún poco estudiada, los resultados indican una alta frecuencia de los síntomas depresivos que presenta esta población. También el vivir ante la separación temprana de los padres y de pertenencia una familia de bajos ingresos está relacionada con el desarrollo de estos síntomas.

Gordillo, R. (2010). Análisis longitudinal de la relación entre depresión y agresión física y verbal en población infanto-juvenil.

El propósito general de este trabajo de investigación es explorar transversal y longitudinalmente la relación existente entre una alteración interiorizada, como la depresión, y otra exteriorizada, como la agresión, en una población infanto-juvenil. Para cumplir con esto se aplicó el Cuestionario de Agresividad Física y Verbal, el Children Depression Inventory-Short (CDI-S) en su adaptación española realizada por del Barrio, Olmedo y Colodrón, y la escala de Agresividad Heteroinformada. Los datos obtenidos de estos test se puede concluir que existe una comorbilidad patogénica o sustantiva entre depresión y agresión. Que la depresión explica significativamente un porcentaje de variabilidad en las respuestas agresivas, y que Igualmente, la agresión principalmente la verbal, explica cierta variabilidad de las respuestas depresivas. Además, los sujetos detectados como comórbidos en el primer momento temporal (11 años) presentan mayor cronicidad que aquellos sujetos que, por una parte, exhiben sólo niveles significativos de agresión y, por otra, también son comórbidos pero de inicio más tardío. También comprueba que el sexo no modula la presencia de sintomatología depresiva y agresiva cuando se analiza en sujetos comórbidos. Por último, hemos probado que la relación entre los trastornos puede ser explicado por una causa subyacente a ambos, como los factores comunes de riesgo que comparten.

Romero, K., Canals, J., Hernández, C., Jané, M., Viñas, F., y Domènech, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años.

El objetivo de este estudio es el examinar la comorbilidad que existe entre los factores de ansiedad del SCARED y síntomas depresivos en niños de 8-12 años. Para poder cumplir con este objetivo se contó con una población de 792 niñas y 715 niños, los cuales completaron el Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED), el Children's Depression Inventory (CDI) y un cuestionario de datos sociodemográficos. Tras realizar el análisis de los datos de encontró que el 47% de la muestra presentó síntomas ansiosos y el 11,5% presentó síntomas depresivos. Con una comorbilidad heterotípica del 82% en niños con riesgo de depresión y del 20% en niños con riesgo de ansiedad. La comorbilidad homotípica entre los factores de ansiedad fue del 87%. Con lo cual se puede concluir que la comorbilidad homotípica y heterotípica fueron elevadas, su detección hará posible prevenir la continuidad de un trastorno de ansiedad y el desarrollo de depresión.

Restrepo, C., Vinaccia, S., y Quiceno, M. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia.

La presente investigación tiene como objetivo evaluar la relación que existe entre la resiliencia, la depresión y la calidad de vida para ello se utilizó una muestra conformada por 36 adolescentes escolarizados de la ciudad de Medellín, Colombia. El diseño del estudio fue exploratorio-correlacional-transversal. Para evaluar a esta población se utilizaron como instrumentos de medición, el cuestionario de calidad de vida infantil Kid-Kindl, la escala de resiliencia para adolescentes ARS y el inventario de depresión infantil CDI. Con ello se obtuvieron los siguientes 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. Con lo cual se pudo concluir que la percepción de calidad de vida en los adolescentes puede verse modulada positiva o negativamente por la resiliencia y la depresión.

Pompa, E. y Montoya, B. (2011). Evaluación de la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano.

El objetivo de este estudio es evaluar la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad al inicio y final de las actividades en un campo de verano. Para esto se realizó un estudio de corte transversal con veinte niños, con diseño test-retest. Para la evaluación se utiliza el Cuestionario de Depresión para Niños y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños. Los resultados muestran que existe una diferencia significativa en la aplicación de los cuestionarios, ya que se observa una disminución en la ansiedad y depresión en el inicio y al final del campo de verano, esto probablemente por la convivencia con niños iguales a ellos en donde se dio un proceso de identificación en donde ellos expresan sus sentimientos con respecto a su obesidad, es decir, ser escuchados sin ser juzgados o criticados.

Gordillo, R., Del Barrio, V., y Carrasco, M. (2012). Análisis longitudinal de la comorbilidad entre depresión y agresión: Cronicidad y severidad en sujetos de 11 a 13 años.

El objetivo de este estudio es de manera longitudinal conocer la relación de la comorbilidad entre depresión y agresión y saber si la acción conjunta de dos o más trastornos que se traduce en una severidad y cronicidad superior a las generadas por la suma de los efectos individuales. Para esto se utilizó un diseño longitudinal a lo largo de 3 años en el cual se examinó la severidad y cronicidad de un grupo de sujetos comórbidos depresivos – agresivos y se analizaron los niveles de depresión y agresión, así como el papel del sexo en estas relaciones. Para esto se utilizó una muestra de 525 sujetos de edades comprendidas entre los 11 y 13 años, que fue aleatoriamente seleccionada de diferentes colegios de la Comunidad de Madrid (España). La evaluación se realizó a través de autoinformes y los resultados muestran que la depresión y agresión se relacionan de manera estadísticamente significativa. Los sujetos comórbidos exhiben una cronicidad de mayor duración en las respuestas agresivas que en las depresivas. La severidad en los sujetos comórbidos es mayor en las respuestas agresivas de tipo total y verbal, así como en las depresivas. De esta manera se puede concluir que los datos indican la importancia de explorar la comorbilidad con diferentes tipos de agresión, especialmente la verbal, y en diferentes grupos de edad. Y pone en evidencia la necesidad de atender a los síntomas subyacentes al trastorno principal en afectados de larga duración, ya que a la expresión de uno de los trastornos puede subyacer la cronicidad asociada a la comorbilidad con importantes repercusiones para su diagnóstico y tratamiento.

Gallegos, J., Langley, A., & Villegas, D. (2012). Anxiety, depression and coping skills among Mexican school children with and without learning disabilities.

Este estudio tiene como objetivo comparar el estado de gravedad y el riesgo para la ansiedad y la depresión con habilidades de afrontamiento entre 130 niños de escuelas mexicanas con problemas de aprendizaje y 130 niños de la escuela sin problemas de aprendizaje. Esta investigación es la primera en explorar las dificultades emocionales de los niños mexicanos con problemas de aprendizaje. Para poder cumplir con este objetivo se les solicitó a los niños que completaran la versión española de la Infancia Spence Escala de Ansiedad y Depresión infantil Inventario, y el Cuestionario de Afrontamiento (Habilidades de Afrontamiento Cuestionario). Tras analizar los datos de los cuestionarios se obtuvo como resultado que existe un mayor porcentaje de niños con problemas de aprendizaje que presentan riesgo de ansiedad, ya que el 22.3% presentaban este riesgo mientras que solo el 11.5% de los niños que no presentaban problemas de aprendizaje. En cuanto a la depresión se encontró una prevalencia de 32% en niños con problemas de aprendizaje y solo 18% en niños que no presentaba problemas. A partir de estos resultados se puede concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas para las habilidades de afrontamiento. También estos resultados respaldan la idea de que hay una mayor conciencia de la depresión comórbida y ansiedad entre los estudiantes con dificultades de aprendizaje y la necesidad de promover la identificación temprana y la intervención en las escuelas. Los esfuerzos deben centrarse en una mejor comprensión de la relación entre las dificultades socio-emocionales y el rendimiento académico y en el desarrollo de intervenciones eficaces para apoyar a los niños con dificultades de aprendizaje.

Quiroz, M. (2012). *Ansiedad y Depresión-. Presencia y relación con la obesidad infantil mexicana.*

el objetivo de este trabajo el conocer ¿cuál es el nivel de ansiedad y/o depresión en niños con obesidad o sobrepeso de 8 a 12 años en comparación de niños con IMC normal?, tenido como hipótesis que a mayor nivel de ansiedad-depresión, mayor riesgo de presentar obesidad o sobrepeso, para eso se seleccionó a niños entre 8 a 12 años de edad con obesidad y normo peso, con disponibilidad para poder aplicar los instrumentos de evaluación que acuden al centro de salud de la comunidad de San Luis Teolocholo, Tlaxcala. Después de evaluar los niveles de ansiedad y depresión e índice de masa corporal presente en niños con obesidad sobre peso y obesidad, se encontró en 8 niños que presentan obesidad y sobre peso niveles por encima de lo normal en ansiedad-depresión y 7 de ellos se encuentran dentro de lo normal del perfil, mientras que niños con IMC normal se encontró dentro de la normal del perfil. Con los datos obtenidos se concluyó que de los 30 escolares el sexo que predominó fue el masculino en la prevalencia de obesidad y sobrepeso, que los niños con sobre peso u obesidad en algunos casos presentan rasgos de ansiedades y depresión los que no se presentan en los niños con peso normal.

Orgilés, M., Espada, J., y Fernández, I. (2013). Hábitos y problemas de sueño en niños con sintomatología depresiva.

El objetivo de este estudio es examinar los hábitos y problemas de sueño en niños con síntomas depresivos en comparación con los que no manifiestan sintomatología depresiva. Para esto se obtuvo una muestra conformada por 677 niños con edades entre 8 y 12 años, de los cuales el 49,6% fueron varones, que completaron el Inventario de Depresión Infantil y el Autoinforme de Sueño Infantil. Después de realizar el análisis de los datos obtenidos se concluyó que, los niños con sintomatología depresiva mostraron peores hábitos y más problemas relacionados con el sueño, en concreto rutinas menos adecuadas a la hora de dormir, menor calidad del sueño, mayor rechazo al acostarse y más ansiedad relacionada con el sueño. Los hábitos y problemas de sueño mostraron ser variables predictoras de la sintomatología depresiva. El problema de sueño más frecuente fue el insomnio intermedio, con un porcentaje mayor de niños con sintomatología depresiva que lo manifiestan frente a los que no presentan síntomas depresivos. Se destaca la importancia de atender a los hábitos y problemas de sueño para intervenir de forma más adecuada en dicha sintomatología durante el tratamiento de la depresión infantil.

Sanz, Y., Schneider, B., Zambrana, A., Selva, G., & Sánchez, Z. (2014). Does Comorbid Anger Exacerbate the Rejection of Children with Depression by their School Peers?

El objetivo principal de este estudio es explorar las implicaciones interpersonales de la depresión con la ira como comorbilidad en una muestra pediátrica. Ya que se conoce que la depresión en la infancia y la adolescencia a menudo se acompaña con el rechazo social por sus pares, lo que acentúa el curso de esa emoción y a pesar de esto no se conoce la relación entre la ira y la depresión y se sabe poco sobre de ambas emociones en las relaciones entre pares. Para cumplir con este objetivo se tomó una muestra de 466 participantes, donde se tuvo una edad media de 11 años. Hubo 231 mujeres (49,6%) y 235 varones (50,4%). Después del análisis estadístico de los datos se obtuvo que existen diferencias significativas entre niños y niñas en la depresión, la agresión, la experiencia de la ira / rabia explosiva y respuestas internalizadas a la ira. También se encontró que no existen diferencias entre la ira, la agresión, depresión y la aceptación de los pares. En cuanto a la agresión y la depresión se asociaron significativamente con la impopularidad percibida. Además, la interacción de la y Depresión añade significativamente a la predicción de impopularidad percibida.

Romero, R. (2014). La depresión y el suicidio en niños y adolescentes.

En este artículo se hace una revisión de la relación entre la depresión y suicidio, debido a que se ha notado un aumento en el diagnóstico de depresión en una población cada vez de menor edad, pero con frecuencia a los síntomas se les considera normales como una crisis por la cual ha de pasar el niño o adolescente como proceso natural del desarrollo, por lo tanto esta población no se le evalúa y diagnostica a tiempo y por esa razón no se le atiende adecuadamente. Es importante considerar que la depresión y la conducta suicida, rara veces se da en niños pre-escolares, en términos generales, la depresión como problema emocional se sitúa alrededor dos por ciento en el niño, y entre cuatro y ocho por ciento en el adolescente. La proporción niño/niña tiende a ser de 1:1 en la infancia y de 1:2 en la adolescencia. Las ideas de suicidio se dan prácticamente con la misma frecuencia en niños que en adolescentes, aunque los intentos ocurren más a menudo en los adolescentes. Es importante al considerar los motivos que se ocultan tras la conducta suicida de los niños en particular, el tener en cuenta el concepto que estos tienen de la muerte. La mayoría de los niños desean matarse pero no morir, ya que el niño no ve la muerte como algo irreversible. Algunas características predominantes en los raros casos de muerte por suicidio en niños, son: el temor a un castigo inminente, los reproches por “haberse portado mal”, el propósito de castigar a los padres y el deseo de reunirse con un ser querido que ha fallecido. De esta manera se puede concluir que el suicidio en la niñez es el producto final de muchos factores que coincidan en un momento dado, entre los cuales despunta un cierto grado de madurez cognitiva que permite reconocer el significado real de la muerte, así como planear y llevar a cabo el suicidio.

## Casos clínicos que estudian de la depresión en niños

Bismarck, P. & Álvarez E. (2010). Brief Therapy and Child Depression (Case Study).

El estudio trata un caso de Depresión Infantil en un niño de once años. La selección de los participantes se realizó ante la demanda familiar de ayuda profesional para el problema de desempeño escolar del menor de once años llamado “Carlitos”. El problema del bajo rendimiento escolar es abordado por el colegio como Trastorno de Déficit Atencional y sugiere apoyo psicopedagógico externo. Al llegar atención para descartar posibles trastornos se realizó la evaluación neuropsicológica, cognitiva y de inteligencia del niño. Se utilizó la prueba para inteligencia WISC III de Wechsler, la evaluación neuropsicológica tomó en cuenta la adaptación del examen neuropsicológico del niño de Beatriz Lefèvre. Para llegar al diagnóstico de depresión infantil se cumplió con los criterios planteados por Kovacs pero no fue necesario aplicar ningún cuestionario, el procedimiento utilizado ofreció una aproximación bastante clara. Inmiscuyendo a la mamá y dialogando con el niño se logró además mayor funcionalidad en el diagnóstico relacional. Tras esta evaluación integral la cual descarta problemas orgánicos y lleva a replantear el diagnóstico desde la perspectiva sistémica de las terapias centrada en el problema y narrativa. Se establece que mientras más presiona la madre con el cumplimiento de las tareas escolares el desempeño del hijo es peor. Un pequeño cambio en la interacción entre Carlitos y su mamá, tomando como eje principal los postulados de Haley sobre la terapia centrada en el problema, marcó el camino de salida de la depresión. Los cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual muestran la reversión del trastorno. La terapia estratégica resulta altamente efectiva.

## Grupos experimentales de investigaciones sobre la depresión en niños

Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2011). Regulação emocional em crianças com e sem sintomas de depressão.

El objetivo de este estudio es evaluar el ajuste emocional de los niños con y sin síntomas de depresión. Para esto se contó con una muestra conformada por 54 estudiantes de los grados tercero y cuarto de primaria, de los cuales 27 presentaron síntomas depresivos (G1) y 27 que no presentaron estos síntomas (G2). Para realizar la evaluación se utilizó el Inventario de Depresión Infantil – CDI y la Entrevista con tablas para la Evaluación de Estudiantes de la Escuela Primaria Regulación Emocional - EPRE. De esta manera se obtuvieron los siguientes resultados que indican que ambos grupos informaron que utilizan estrategias similares para hacer frente a diferentes emociones, sin embargo, los estudiantes de la G1 mencionan el sentir tristeza e ira con más frecuencia y tener más dificultad para percibir las emociones como la tristeza, el miedo y la alegría. Dados los resultados, se discute la importancia del desarrollo de programas de prevención y en especial de intervención en la depresión en la infancia y la adolescencia, apuntando no sólo reducir la prevalencia de la depresión, sino también mejorar la calidad de las estrategias regulación emocional y la depresión y el bienestar psicológico de los estudiantes de primaria.

Moo, E., Valencia, M., Ulloa, R., Ostrosky, F., y Reyes, I., (2011). Estructura del sueño y funciones ejecutivas en niños con depresión.

La alteración del sueño es una queja común en la depresión. Sin embargo, los datos objetivos sobre las alteraciones en la estructura del sueño asociadas a la depresión infantil han sido inconsistentes. Por otro lado, el estudio objetivo de la somnolencia y las funciones ejecutivas en niños con depresión es poco conocida. El objetivo fue conocer si existen diferencias en la estructura del sueño, la somnolencia diurna y las funciones ejecutivas en niños con y sin depresión. Para cumplir con este objetivo participaron 20 niños con promedio de 10.5 años de edad, de los cuales 45% fueron niñas. Diez cumplieron los criterios diagnósticos de depresión mayor y 10 fueron controles. No hubo diferencias por sexo y edad entre los grupos. Los instrumentos fueron: La entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL), el Inventario de Depresión Infantil, y la Batería de Funciones Frontales y Ejecutivas. Asimismo, se realizaron dos noches consecutivas de registro polisomnográfico y la Prueba de Latencias Múltiples a Sueño (PLMS). Resultados No se encontraron diferencias en la estructura del sueño, la eficiencia del sueño fue mayor al 90% en ambos grupos y no hubo diferencias en los índices de inicio y continuidad del sueño, así como en las diferentes etapas de sueño. Tampoco se obtuvieron diferencias en la somnolencia diurna, la latencia al inicio de sueño en la PLMS fue de 22.8 minutos para el grupo con depresión y 23.7 para el control. Las funciones ejecutivas mostraron diferencias en tareas que implican: control visomotor y de impulsos, memoria de trabajo e identificación de la relación riesgo-beneficio. Por lo cual se concluye que las estructuras prefrontales son más vulnerables a la depresión que las estructuras que regulan el ritmo circadiano y homeostático del sueño.

Calderón, L. y Barrera, M. (2013). Comparación de un perfil neuropsicológico en una muestra de niños, niñas y adolescentes con y Sin sintomatología depresiva.

La presente investigación tiene como objetivo comparar la atención, memoria y funcionamiento ejecutivo en una muestra de niños y adolescentes con y son síntomas depresivos. En esta investigación participaron 50 sujetos con una edad entre los 9 y 16 años los cuales eran considerados de estrato socio económico bajo. De ellos 25 sujetos fueron seleccionados al dar puntajes significativos en el Children Depression Inventory (CDI) y 25 niños con puntajes bajos, en ambos grupos se equiparó la edad, sexo y escolaridad para poder aplicar una batería neuro psicológica que compara atención, memoria y funcionamiento ejecutivo en ambos grupos. Como resultado se obtuvo que en el grupo que se presentó una sintomatología depresiva se muestra un perfil que se caracteriza por un bajo desempeño en atención memoria semántica y lógica, también se presentaron dificultades en el control inhibitorio.

Bragagnolo, G. (2014). Hábitos de estudio en relación a asertividad y depresión en alumnos de 2° año Polimodal de la ciudad de Rosario que asisten a colegios de nivel socioeconómico medio.

El objetivo de esta investigación es describir los hábitos de estudio y sus relaciones con habilidades sociales, depresión y actividades extraescolares. Para ello se contó con la hipótesis de que la asertividad se correlaciona positivamente con destrezas cognitivo-conductuales relacionadas al estudio. Para comprobar esto se utilizó una metodología de un estudio no experimental, transversal, descriptivo, comparativo y correlacional. Se encuestaron 396 adolescentes de clase media que cursaban 2° año Polimodal en 8 colegios de Rosario y a los cuales se les aplicaron los siguientes instrumentos, la Escala de Hábitos de Estudio, Autoinforme de Conductas Asertivas, Inventario de Depresión. De los culés se obtuvieron los siguientes resultados, el 85% de los alumnos no tenía horarios fijos para estudiar, el 78% no realizaba lectura exploratoria previa a la lectura comprensiva, 2/3 nunca o sólo a veces utilizaba la repetición para fijar los temas, el 86% nunca, o solo a veces, podía preguntar a alguien cuando lo necesitaba y el 60% no podía poner límites a visitas de amigos. El estilo cognitivo del grupo encuestado resultó ser Pasivo alto-Agresivo Alto, siendo más agresivos aquellos cuyas madres eran solamente amas de casa y más asertivos a mayor nivel socioeconómico. El 44% de los encuestados tuvo puntajes de depresión de riesgo. Las mujeres puntuaban más depresivas que los varones. Los más pobres y aquellos con padres con estudios incompletos resultaron ser los más depresivos. El 57% había leído entre 5 libros y ninguno. Las mujeres estudiaban más, pero los varones leían más libros y usaban más la computadora. Con lo cual se puede corroborar que mejores hábitos de estudio ayuda a presentar menor depresión. Así muy buenos Hábitos de Estudios se asociaron a mejores niveles socioeconómicos, ausencia de depresión, mirar menos televisión, leer más libros, mayor cantidad y calidad de actividades extraescolares, estilo atribucional optimista, esperanzado, de control interno y percepción de autoeficacia.

Hill, B., Ploetz, D., O'Jile, J., Bodzy, M., Holler, A., & Rohling, L. (2013). Self-reported depressive symptoms have minimal effect on executive functioning performance in children and adolescents.

En la relación entre el estado de niño y el funcionamiento ejecutivo en los niños y adolescentes no ha sido anteriormente estudiado. Por esta razón esta investigación tuvo como objetivo examinar la asociación entre síntomas depresivos auto-reportados en pacientes ambulatorios (89) y pacientes internados en psiquiátricos (81), con distintos niveles de funcionamiento ejecutivo, los pacientes niños y adolescentes de 7 a 17 años de edad con un coeficiente intelectual funcional. Después de aplicar cuestionarios que evaluaban estas funciones se obtuvo que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los síntomas depresivos y la percepción subjetiva y en cuanto al funcionamiento ejecutivo existían pequeñas diferencias no significativas. Estos resultados sugieren que el rendimiento y/o deterioro en las medidas de a función ejecutiva en niños y adolescentes es mínimamente relacionada con los síntomas depresivos auto-reportados.

## Actualizaciones de la depresión en niños

Del Barrio, V. (2010) La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo.

Este artículo tiene como objetivo el hacer una revisión sobre los avances que se han tenido respecto a la depresión infantil y las novedades más destacadas que se han producido en cuanto a la investigación en los últimos años. Para lograr esto se tomaron en cuenta diversas categorías como lo son La producción científica, Concepto de depresión, Epidemiología, Estudios longitudinales de factores de riesgo, Evaluación, Bases biológicas, Bases biológicas, Tratamiento, Prevención, y los aspectos felicitantes. Después de analizar la información sobre esta categorías se encontró que no ha habido un cambio de paradigma ni una nueva interpretación de la depresión infantil, sin embargo se han encontrado cambios en las áreas de investigación ya que actualmente ya no está entrada en la etiología sino que esta centrada en su interacción a lo largo de las distintas edades y contextos. Tampoco han aparecido nuevos tratamientos, pero existe un avance en cuanto a cómo se debe de llevar el proceso y los efectos que se tienen de las diversas formas de tratamiento. Como consecuencia de esto se tiene la recomendación del uso de terapias psicológicas como inicio del tratamiento, en lugar de los tratamientos farmacológicos. Dentro de los avances más relevantes se tiene la intensificación de los programas preventivos y también de los aspectos protectores y felicitantes como antidotos de la depresión. También se puede notar que la literatura han aumentado, y actualmente los artículos que tratan de establecer comparaciones entre los distintos trabajos para destacar aquellos conocimientos que se revelan como más estables y sólidos a través de las investigaciones sobre los distintos temas relacionados con la depresión.

Acosta, M., Et al.. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo.

En la actualidad los trastornos mentales son considerados un problema de salud en gran parte del mundo, en cuanto al trastorno depresivo o depresión clínica el cual es un desorden mental caracterizado por largos periodos de tristeza, que afectan la conducta, y la manera de pensar del individuo. Se tienen informes que indican que la depresión en niños y adolescentes se ha incrementado en los últimos cincuenta años. Esto indica que no importa ni la edad ni el sexo ya que cualquier persona puede sufrir depresión, estudios epidemiológicos indican que este desorden se presenta en alrededor de un 3 a 8% de los adolescentes, mientras que en los adultos se presenta en promedio un 4.5% de la población. Algunas consecuencias de que produce son el aislamiento social y puede en casos muy severos, culminar en el suicidio. Los factores de riesgo para la depresión incluyen: antecedentes familiares, género, así como situaciones de alto estrés. El criterio de diagnóstico para la depresión está bien establecido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV-TR). Un tratamiento efectivo y seguro requiere de un diagnóstico exacto; sin embargo, existe el riesgo que la depresión en la población infantil pueda ser subdiagnosticada debido a que algunos niños y adolescentes pueden tener dificultad para identificar y describir los síntomas.

Bragagnolo, G. (2014). *Hábitos de estudio en relación a asertividad y depresión en alumnos de 2° año Polimodal de la ciudad de Rosario que asisten a colegios de nivel socioeconómico medio.*

El objetivo de esta investigación es describir los hábitos de estudio y sus relaciones con habilidades sociales, depresión y actividades extraescolares. Para ello se contó con la hipótesis de que la asertividad se correlaciona positivamente con destrezas cognitivo-conductuales relacionadas al estudio. Para comprobar esto se utilizó una metodología de un estudio no experimental, transversal, descriptivo, comparativo y correlacional. Se encuestaron 396 adolescentes de clase media que cursaban 2° año Polimodal en 8 colegios de Rosario y a los cuales se les aplicaron los siguientes instrumentos, la Escala de Hábitos de Estudio, Autoinforme de Conductas Asertivas, Inventario de Depresión. De los cuáles se obtuvieron los siguientes resultados, el 85% de los alumnos no tenía horarios fijos para estudiar, el 78% no realizaba lectura exploratoria previa a la lectura comprensiva, 2/3 nunca o sólo a veces utilizaba la repetición para fijar los temas, el 86% nunca, o solo a veces, podía preguntar a alguien cuando lo necesitaba y el 60% no podía poner límites a visitas de amigos. El estilo cognitivo del grupo encuestado resultó ser Pasivo alto-Agresivo Alto, siendo más agresivos aquellos cuyas madres eran solamente amas de casa y más asertivos a mayor nivel socioeconómico. El 44% de los encuestados tuvo puntajes de depresión de riesgo. Las mujeres puntuaban más depresivas que los varones. Los más pobres y aquellos con padres con estudios incompletos resultaron ser los más depresivos. El 57% había leído entre 5 libros y ninguno. Las mujeres estudiaban más, pero los varones leían más libros y usaban más la computadora. Con lo cual se puede corroborar que mejores hábitos de estudio ayuda a presentar menor depresión. Así muy buenos Hábitos de Estudios se asociaron a mejores niveles socioeconómicos, ausencia de depresión, mirar menos televisión, leer más libros, mayor cantidad y calidad de actividades extraescolares, estilo atribucional optimista, esperanzado, de control interno y percepción de autoeficacia.

### 3.6 Discusión de resultados

Tras una exploración por los principales metabuscadore en busca de los artículos sobre la depresión infantil publicados en los últimos 5 años abarcando un periodo de Febrero del 2014 a Julio del 2015, se logró localizar 61 investigaciones las cuales fueron divididas en 8 categorías. Las categorías que lograron un mayor número de resultados fueron: evaluación, diagnóstico y las intervenciones, Etiología, y Comorbilidad con 12 investigaciones, seguidas de Conceptualización de la depresión en niños y Prevalencia con 8 investigaciones, mientras que las categorías de actualizaciones, grupos experimentales, y casos clínicos, únicamente tuvieron 3, 5 y 1 artículos respectivamente.



En cuanto al contenido después de realizar la revisión de los textos se encontró que, para la Conceptualización de la depresión en niños, autores como Ancona (2011), Schwan y Ramires (2011), Mancilla (2014) y Morales (2014) coinciden en que se ha pasado del pensamiento de que anteriormente la depresión no existía en los pacientes infantiles, a tener una consideración sobre todo en las últimas tres décadas e impulsada por las investigaciones que se han realizado sobre el tema se le empezó a reconocer como un trastorno que también padecen niños y adolescentes. También es conocida como depresión de inicio temprano dado que tiene un inicio antes de los 18 años. Actualmente también es

relevante en que se encuentra un cambio en la percepción de acuerdo a la edad, ya que se tiene la concepción de que la depresión del niño y del adulto es igual, pero existe un punto importante a tomar en cuenta que es el que existen diferencias como por ejemplo que la depresión en el adulto está caracterizada por la tristeza mientras que en los niños se caracteriza por ser agresivos, también es importante el hecho de que en los niños no existe la misma capacidad del lenguaje lo suficientemente desarrollada para poder precisar lo que está sucediendo.

De esta manera Pérez et al. (2011) y Herrera (2012) mencionan que también se entiende que la sintomatología tiene una tendencia a variar, por lo que en algunos casos se infra diagnostica y no se trata adecuadamente porque se confunden sus síntomas con los cambios emocionales habituales durante el desarrollo. Dentro del curso se conoce que este es crónico-recurrente, sin embargo presenta un mejor pronósticos el cuadro se identifica y se trata precozmente. Las causas que se han encontrado relacionadas con la depresión en la infancia son principalmente las manifestaciones anímicas, conductuales, cognitivas y socio afectivas teniendo repercusiones en el área escolar y socio afectivo. Por esta razón las principales repercusiones las son a nivel social, emocional y educativo.

Así autores como Royo y Martínez (2012) y García (2013) mencionan que este inicio en edad temprana involucra para el paciente interrupciones en el desarrollo en distintos aspectos como lo son la educación y más adelante en la vida adulta. En la actualidad se ha pasado de la concepción de que la depresión no se puede presentar en los niños a considerar que la depresión en los niños se presenta con mayor frecuencia de lo que se pensaba, y esta presenta una sintomatología es específica de la edad y del desarrollo. Por este motivo es importante el poder realizar un diagnostico oportuno que permita un tratamiento eficaz ya que de no atenderse a tiempo se pone en peligro el bienestar y desarrollo del niño principalmente el estado de ánimo, causando problemas cognitivos, psicomotores e interpersonales.

En cuanto a la categoría de etiología se encontró que los principales factores que pueden considerarse como causantes o favorecedores de la depresión infantil se encuentran los de tipo social, familiar, y personal.

En lo referente a lo familiar investigaciones como las de Abaid et al. (2010), Moreno (2010), Qualter et al. (2010), Castro (2010), Delgado y Tinoco (2011) y Espinoza (2012) encontraron que factores relevantes son la desintegración

familiar y eventos factores de estrés. Dentro de la desintegración familiar se encuentra la disfunción familiar, donde los principales factores relacionados con la depresión en la infancia son, el número de hermanos (tres o más) y el nivel educativo de los padres. Las relaciones disfuncionales dentro de la dinámica familiar se encuentran dentro de los principales causantes de estrés en la infancia con una relación positiva en la presencia de sintomatología depresiva. También se encontró que el maltrato físico y psicológico como los dos tipos de maltratos que más refieren los niños con síntomas depresivos en niños y niñas.

En cuanto a los factores sociales que están asociados a los síntomas depresivos, las investigaciones de Rodríguez (2010), Bernaras et al. (2013) encontró que los más significativos son el nivel socioeconómico bajo y medio, además de la percepción de apoyo social. En nivel socio económico bajo y medio está relacionado con menores niveles de estado de ánimo positivo, una menor autovaloración positiva, una falta energía-interés y un mayor en autoinculpación. Mientras que los niños que perciben un nivel alto apoyo social demostraron mayor estado de ánimo positivo, y una autovaloración positiva.

Y dentro de los factores personales Motta (2013), Martínez et al. (2013) y Herazo y Villamil (2013) encontraron que un factor determinante para la presencia de la sintomatología depresiva en los niños es el estado emocional en el niño, ya que situaciones de estrés, ansiedad, ansiedad escolar, poca interacción con los pares, el sentido de incapacidad, desvalides, y la baja autoestima. En cuanto al sexo se encontró que las mujeres son más vulnerables que los hombres.

Lo cual se corrobora en la investigación de Ruvalcaba et al. (2013) En la cual la prevalencia de la depresión en la infancia ya que se encontró las variables que presentan una mayor prevalencia son, el vivir una separación temprana de los padres, el pertenecer a una familia de bajos ingresos, tener problemas de adaptación escolar, una baja autoestima, ser mujer, el tener una baja capacidad para inhibir respuestas automáticas, y el presentar alguna enfermedad médica. En cuanto a la edad a partir de los 7 años la prevalencia tiende a aumentar.

Para la categoría de evaluación, diagnóstico y las intervenciones se encontró la siguiente información para condición.

Para la evaluación, se encontró que se mencionan tres escalas las cuales son estudiadas por Figueras et al. (2010), Del Rio (2011), Nunez y da Silva (2013), y Selva y Sanz (2013). la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS-30), la Escala de Depresión Baptista Versión Niños y Jóvenes (EBADEP-IJ), y el Children's Depression Inventory (CDI). En cuanto a la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS-30) esta presenta altos síntomas de confiabilidad por lo cual su uso en esta población está aprobado. Para la Escala de Depresión Baptista en su versión para Niños y Jóvenes (EBADEP-IJ), es considerada como una buena herramienta para la detección de síntomas la depresión, así como ayuda en el diagnóstico de la enfermedad. De la revisión documentan se encontró que la herramienta más utilizada es el Children's Depression Inventory (CDI) como medio de diagnóstico y se ha demostrado ampliamente que el instrumento posee una buena fiabilidad y confiabilidad en diversas culturas.

En cuanto a las intervenciones Barajas (2012), Sally et al. (2012), López (2013), y Paulino (2013), recomiendan comenzar con terapia psicológica, y en casos más graves recurrir a un tratamiento farmacológico o bien el tratamiento combinado. También se considera importante la psicoeducación como un primer contacto en el tratamiento para conocer la enfermedad y poderle brindar el apoyo adecuado. Se considera que la psicoterapia tiene como objetivo la reducción de la gravedad de los síntomas a través del incremento de la autoestima, autoconcepto, autonomía, de la tolerancia a la frustración, su autoconfianza, reducir conductas de autodestrucción y la percepción de soledad. Para lograr esto se enseñaron técnicas basadas en diferentes enfoques para demostrar sus emociones, el reencuentro con sus sentidos y su cuerpo a través de actividades sensoriales y de la capacidad de disfrutar actividades de la vida diaria. Estos síntomas se trabajan mediante diversos enfoques como lo son, la Terapia cognitivo conductual, racional y emotiva, gestáltica, familiar, de juego, neurofeedback, psicoanalítica.

La terapia Gestáltica como menciona Figueroa (2010) considera al cuerpo y trabaja con él, lo que tiene como resultado que el paciente logre un mayor contacto con su cuerpo, comience a expresar sus emociones, muestre una mayor fluidez al hablar y en expresar como se siente. En cuanto a la psicoterapia conductual se encontró que es capaz de conseguir resultados en la modificación de comportamientos específicos pero estos resultados no permanecen mucho tiempo. En lo que se refiere al tratamiento mediante el

juego ha demostrado que promueve una relación de trabajo entre paciente y terapeuta lo cual facilita la reeducación emocional.

El tratamiento de la depresión infantil en casos severos suele complementarse con el uso de fármacos. Debido a lo crítico de esta etapa la FDA sólo ha aprobado el uso de algunos medicamentos en pacientes de 8 a 17 años, estos son los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina como la fluoxetina, escitalopram, venlafaxina y mirtazapina, los cuales han demostrado tener eficacia y seguridad en este grupo de edad (Ulloa, Peña, y Nogales, 2011).

De esta manera se resalta la importancia de contar un tratamiento ya que este mejora las probabilidades de mejora y un mejor pronóstico. Por tal motivo es importante que tanto en la escuela como en el hogar se tenga conciencia del desarrollo del niño para poder intervenir en cualquier conducta anormal que presente. También durante el tratamiento es muy importante el apoyo de los familiares más cercanos desde un inicio y en algunos casos de los profesores. Y el llevar un seguimiento de los pacientes para evitar las recaídas y complicaciones como la conducta suicida.

En cuanto a la categoría de comorbilidad gran parte de los estudios analizados como los de López et al.(2010), Romero et al.(2010) se centran en la relación depresión- ansiedad, en los cuales se habla de que esta comorbilidad se puede presentar en diversos ambientes y si se trabajan en conjunto, ambas suelen disminuir.

Para la relación de depresión agresión. Gordillo (2010) y Sanz et al. (2014) encontraron que existe una comorbilidad patogénica entre depresión y agresión. Ya que la depresión explica un porcentaje de las respuestas agresivas, y que la agresión principalmente la verbal, explica algunas de las respuestas depresivas. Además de que los sujetos comórbidos exhiben una cronicidad de mayor duración en las respuestas agresivas que en las depresivas, y si son detectados desde edades tempranas presentan mayor cronicidad que aquellos sujetos que también son comórbidos pero detienen un inicio más tardío.

También se encuentra que se presenta comorbilidad con algunas enfermedades clínicas como lo es la anemia de células falciformes, la cual presenta una alta frecuencia de los síntomas depresivos. También se encontró que también existe una relación entre los síntomas depresivos y en los niños con problemas de aprendizaje (Barreto y Cipolotti, 2011).

Otra comorbilidad que presenta la depresión infantil la mencionan Orgilés y Fernández (2013) y es con los problemas de sueño como lo son rutinas menos adecuadas a la hora de dormir, menor calidad del sueño, mayor rechazo al acostarse y más ansiedad relacionada con el sueño.

En cuanto a las categorías de estudios de casos clínicos y grupos experimentales se encontraron los siguientes resultados.

En cuanto al estudio de caso Bismarck y Álvarez (2010). Mencionan el caso de un menor transferido a consulta debido a sugerencia de la escuela ya que menciona que el niño presenta bajo rendimiento escolar el cual es abordado por el colegio como Trastorno de Déficit de Atención razón por la que sugiere apoyo psicopedagógico externo. Tras llegar atención y realizar una evaluación integral la cual descarto problemas orgánicos y lleva a replantear el diagnóstico desde la perspectiva sistémica de las terapias centrada en el problema y narrativa en el cual se establece que el niño presenta una depresión. Tras un cambio en la interacción familiar se obtuvo un cambio a nivel cognitivo, emocional y conductual muestran la reversión del trastorno. Bismarck y Álvarez (2010).

Al comparar grupos con y sin depresión en las investigaciones de Cruvinel y Boruchovitch (2011), y Calderón y Barrera (2013), se encontró, que en los grupos en los que se presentaban síntomas depresivos se descubrió que ellos suelen sentir tristeza e ira con más frecuencia, tener más dificultad para percibir las emociones como la tristeza, el miedo y la alegría. Presentan menores habilidades en tareas que implican control visomotor y de impulsos, lógica, atención, memoria de trabajo, memoria semántica, e identificación de la relación riesgo-beneficio (control inhibitorio). Todo esto comparado con grupos que no presentaban síntomas depresivos.

En cuanto a las variaciones entre grupos de niños con síntomas depresivos que se encuentran en residencias psiquiátricas y los que se encuentran de manera ambulatoria Hill y et al.. (2013) encontraron que no existen diferencias entre los síntomas depresivos y la percepción subjetiva. Con lo cual el rendimiento y/o deterioro de la función ejecutiva en niños y adolescentes es mínimamente relacionada con los síntomas depresivos auto-reportados.

De esta manera se entiende que en la actualidad se toma en cuenta la importancia de desarrollar estudios que puedan aportar información y de esta manera lograr brindar la atención adecuada a esta población.

# Discusión

---

Desde que la depresión infantil fue aceptada en un comienzo por autores como Baker que en 1755 menciona que por la influencia de las emociones los niños podían enfermar, así mas adelante Delasiuave en 1852 crea el primer texto monográfico sobre psiquiatría infantil, en el cual se hace un compilado de las patologías que podían afectar a los niños, entre las cuales él incluye la depresión. Aún con los avances que se habían tenido anteriormente en cuanto a la investigación al comenzar a documentar casos de niños con sintomatología que no era común en ellos, es partir del primer tercio del siglo XX cuando comienza un interés más profundo en investigar a la depresión infantil, encontrando así que esta patología es considerada como un problema grave que se puede presentar en cualquier edad en muchas formas o grados y de duración variada, también ha quedado demostrado que niños que viven con mucha tensión, que experimentan una pérdida importante, que tienen desordenes del aprendizaje o conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión, sin embargo no hay una causa en particular ni algo que nos garantice el padecerla o no. Se conocen diversos síntomas que se asocian a la depresión, estos están plasmados en los diversos manuales de diagnóstico psiquiátrico sin embargo estos están pensados mayor mente en una población adulta.

Conociendo estos antecedentes en esta investigación se tuvo como objetivo el realizar una revisión teórica acerca de los contenidos de los manuales de diagnóstico psiquiátrico sobre los trastornos afectivos en la infancia y de esta manera conocer los alcances y limitaciones de los manuales. Además conocer si existen síntomas para el diagnóstico de la depresión infantil, conocer si estos síntomas son equiparables o incomparables que los que se presenta en la edad adulta, si hay desarrollo de test o inventariados de diagnóstico de la depresión infantil y tratamientos específicos a esta población.

Después de realizar una revisión teórica acerca de los contenidos de los manuales de diagnóstico psiquiátrico sobre los trastornos afectivos en la infancia y de realizar un análisis de documental de investigaciones que se han realizado en los últimos 5 años referentes a la depresión infantil, se encontró que debido al cambio que se ha tenido en la conceptualización de los trastornos psicológicos en las últimas décadas se tiene mayor conciencia sobre los problemas emocionales en niños, los cuales anteriormente no eran tomados en cuenta.

Ya que primariamente psicólogos y psiquiatras pensaban que no se podían presentar los mismos trastornos que presentan los adultos en la infancia, lo

mismo pasó con la depresión. Con la depresión se pensó que no se podía presentar la misma sintomatología depresiva en los niños que en los adultos, ya que se pensaba que no se podía presentar ya que el desarrollo cognitivo de los niños no parecía lo suficiente avanzado, o presentaban las características ya conocidas para considerar la depresión en ellos.

Se encontró que en la depresión en los niños debido al proceso evolutivo en el cual se encuentran mientras más pequeño sea el niño, los síntomas depresivos tienen un comienzo más encubierto, el cual es caracterizado por irritabilidad más que por tristeza, con una tendencia a presentar una sintomatología más parecida a la del adulto conforme crece. Así de los 0 a los 5 años se tiene como síntomas característicos: ansiedad, irritabilidad, rabietas frecuentes, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés en sus juegos habituales, cansancio excesivo, aumento de la actividad motora, apatía, falla en alcanzar el peso para su edad, retraso psicomotor o dificultad con el desarrollo emocional. De 6 a 11 años se presentan mayormente síntomas como juegos, sueños y las pesadillas con temáticas de culpabilidad, frustración, pérdida, abandono, surgiendo pensamientos muy autocríticos, por los que tiende a disculparse continuamente y a buscar la alabanza y la tranquilidad. Se aprecia en gran medida una falta de interés y motivación por el rendimiento escolar y las relaciones con los compañeros. Es así que de 11 a los 18 años la sintomatología en esta edad es muy variada y cambiante y la atipicidad propia de los cuadros depresivos de la adolescencia va disminuyendo a medida que el sujeto se aproxima al límite de edad adulta. También es importante considerar que a menudo estos síntomas son asociados con otras condiciones tales como ansiedad, trastorno de conducta, hiperactividad y problemas de aprendizaje. La gravedad de la depresión puede ser definida por el nivel de deterioro y la presencia o ausencia de cambios psicomotores y síntomas somáticos.

De esta manera realizando una comparación sobre la sintomatología que de acuerdo investigaciones como las presentadas por Polaino (1988), el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009), la de Palacios et al. (2010), Del Barrio (2010), Espino, Flores, y García (2012), y la de Guillen et al. (2013). se presentan los niños y los criterios diagnósticos que se encuentran en los manuales diagnósticos, se puede concluir que existen evidencias que comprueban la existencia de síntomas depresivos que solo se presentan en la infancia (como los presentados en la tabla 9) estos síntomas son diferentes a los que presentaría una persona adulta con depresión. Sin embargo también existen síntomas que pueden ser similares en niños y adultos. Resalta la importancia de realizar una adaptación de estos síntomas para cada población, ya que por

ejemplo los niños presentan problemas de conducta en lugar de tristeza, y en los problemas para dormir los adultos presentan insomnio o hipersomnia mientras que los niños suelen presentar pesadillas o terrores nocturnos. Ya que debido a la falta de desarrollo que presentan los niños no pueden representar sus emociones de la misma manera que los adultos. Es importante continuar realizando investigaciones que aborden el tema de la depresión en los niños ya que esto permitirá reconocer de manera correcta las características que presenta un niño y con esto brindarle una mejor calidad de vida al darles un diagnóstico y con esto un tratamiento adecuado.

En cuanto a nuevas herramientas o test de diagnóstico, la principal herramienta para diagnosticar la depresión es el Children's Depression Inventory (CDI), se ha demostrado ampliamente que el instrumento posee una buena fiabilidad y confiabilidad en diversas culturas, y es elegida debido a que es posible realizarse su aplicación en grupo y de esta manera permite un diagnóstico preliminar. Este tiene como objetivo el realizar una evaluación de los síntomas depresivos en sujetos de 7 a 15 años. Se mencionan como ventajas el que puede ser administrado de manera individual o grupal y tiene una duración de entre 10 y 25 minutos. En su versión original contiene 27 ítems con 3 opciones las cuales presentan una puntuación de 0 a 54 puntos, donde para obtener un diagnóstico positivo se deben obtener al menos 19. También es importante mencionar que para el diagnóstico divide los ítems en 2 categorías: disforia (expresión de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo) y autoestima negativa (ideas de auto depresión). No se encontraron instrumentos diagnósticos con mayor relevancia que este, sin embargo es importante mencionar que existen varias adaptaciones de este en diferentes países y también existe una versión breve.

En cuanto a los tratamientos que están siendo utilizados se recomienda comenzar con terapia psicológica, dentro de la cual el primer paso a realizar sería la psicoeducación en la cual se le brinda información al paciente y a la familia sobre el trastorno, ya que gracias a ella se puede conocer el padecimiento y poderle brindar el apoyo adecuado. De esta manera la psicoterapia permite la reducción de la gravedad de los síntomas a través del incremento de la autoestima, autoconcepto, autonomía, de la tolerancia a la frustración, su autoconfianza, reducir conductas de autodestrucción y la percepción de soledad. Esto se logra mediante técnicas basadas en diferentes

enfoques (Terapia cognitivo conductual, racional y emotiva, gestáltica, familiar, de juego, neurofeedback, psicoanalítica), estas técnicas permiten que el paciente pueda lograr demostrar sus emociones, el reencuentro con sus sentidos y su cuerpo, a través de actividades sensoriales y de la capacidad de disfrutar actividades de la vida diaria.

En casos más graves es recomendable recurrir a un tratamiento farmacológico o bien el tratamiento combinado. Debido a que el niño se encuentra en un proceso de desarrollo sólo se ha aprobado el uso de algunos medicamentos en pacientes de 8 a 17 años, estos son los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina como la fluoxetina, escitalopram, venlafaxina y mirtazapina, los cuales han demostrado tener eficacia y seguridad en este grupo de edad.

Con todo lo anterior es importante prestar atención a estas enfermedades que antes resultaban exclusivas para los adultos cada vez son diagnosticadas con más frecuencia en los niños y son difíciles de diagnosticar porque los niños no siempre son capaces de expresar cómo se sienten por lo cual podría diagnosticarse a un niño como depresivo cuando no lo es o no diagnosticar a un niño depresivo. También la importancia radica en que al presentar alguna problemática en la infancia, si esta no es atendida de manera oportuna y correcta al ser el niño un ser en formación se corre el riesgo de que un conjunto de dificultades pueden impedir el logro del desarrollo integral de un niño. Ya sea como deficiencias, inadecuación de los procesos y elementos involucrados en diferentes áreas cruciales para el desarrollo.

De esta manera es importante crear un modelo de atención que permita la prevención y diagnóstico en los primeros niveles de atención (servicios básicos de salud a nivel comunitario, consulta externa de medicina general, en centros de salud, en consultorios médicos y privados) lo cual tendría como consecuencia un mejor tratamiento, ya que este aumenta las probabilidades de mejora y un mejor pronóstico. Es así que es importante que tanto en la escuela como en el hogar se tenga conciencia del desarrollo del niño para poder intervenir en cualquier conducta anormal que presente. También durante el tratamiento es muy importante el apoyo de los familiares más cercanos desde un inicio y en algunos casos de los profesores. Y el llevar un seguimiento de los pacientes para evitar las recaídas y complicaciones como la conducta suicida.

Con los datos encontrados en esta investigación se sugieren las siguientes recomendaciones para futuras investigaciones sobre la depresión infantil, en primer lugar es importante conocer el trastorno con los criterios aceptados por los principales manuales diagnósticos (DSM Y CIE), sin embargo es importante

conocer si estos cubren la necesidad de diagnóstico en el paciente (como en el caso de la depresión infantil es importante brindar atención antes de las 2 semanas de duración que se considera para su diagnóstico) y siempre pensando en su mejor beneficio. También es importante considerar la edad de cada niño ya que se están sufriendo cambios y al no considerar la edad se le puede estar midiendo con parámetros que no son adecuados y por ende no nos brindarían datos certeros. Así para poder crear parámetros adecuados es importante continuar con el desarrollo de nuevos test o inventarios adaptados a las características de la población infantil, en especial a las características de la población actual y mexicana para poder tener resultados confiables. Por último el continuar desarrollando tratamientos específicos para la población infantil y no tratamientos pensados en adolescentes o adultos adaptados los cuales se adaptan para poder realizarlos.

# Referencias Bibliográficas

---

- Abaid, J., Dell'Aglio, D., & Koller, H. (2010). Preditores de síntomas depresivos em crianças e adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 9(1), 199-212.
- Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Mercado, S., Y Solano, E. (2014). Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla. *Open Journal Systems*, 9(1), 190-201.
- Acosta, k., Canals, J., Hernanes, C., Claustre, M., viñas, F., y Domènech, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613-618.
- Acosta, M., Mancilla, T., Correa, J., Saavedra, M., Ramos, F., Cruz, J., y Duran, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Revista mexicana de neurociencias*, 16(1), 20-25.
- Álvarez, A. (2007). Valoración crítica de las actuales clasificaciones de los trastornos mentales. *Revista de psicología universidad de la Habana*, 11(1), 17-24.
- Ancona, A. (2011). *Características de la depresión infantil: conductas clave para el tratamiento*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1952). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1ª ed.). Washington, DC.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1968). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (2ª ed.). Washington, DC.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (3ª ed.). Washington, DC.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (3ª ed., Texto Rev.). Washington, DC.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª ed.). Washington, DC.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª ed., Texto Rev.). Washington, DC.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ª ed.). Washington, DC.
- Aslund, C. (2007). Análisis de experiencias: la asociación entre la depresión en adolescentes y los factores de riesgo psicosocial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16(5), 298- 304.

- Barajas, K. (2012) *Propuesta para la modificación de la de la depresión infantil. (Tesis inédita de Licenciatura)*. Universidad Don Vasco Escuela de Psicología. México.
- Barreto F. y Cicolotti, R. (2011). Síntomas depresivos em crianças e adolescentes com anemia falciforme. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4), 277-83.
- Beltrán, G., Mora, C., y Gantiva, C. (2011). *Prevalencia de la depresión infantil en un grupo de estudiantes entre los 9 y 12 años de un colegio del municipio de Cajicá.* (Tesis inédita de Licenciatura) Universidad de la Sabana. Colombia.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Fleiz, C. y Zambrano, P. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud pública Méx.*, 46(5), 417- 424.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. & Cuevas, C. (2011). Child depression in the school context. *Social and Behavioral sciences*, 29 (1), 198-207.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe I., y Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29(1), 131-140.
- Bismarck, P. & Álvarez E. (2010). Brief Therapy and Child Depression (Case Study). *AJA*, 8(1).
- Bonet de Luna, C. y Marín, J. (2011). Patología, normalidad o "niños a la carta"; reflexionando en Paidopsiquiatría. *Pediatría Atención Primaria*, 13(50), 47-53.
- Bragagnolo, G. (2014). *Hábitos de estudio en relación a asertividad y depresión en alumnos de 2º año Polimodal de la ciudad de Rosario que asisten a colegios de nivel socioeconómico medio.* (Tesis inédita de Maestría). Universidad Nacional de Rosario. Argentina.
- Cajigas, N., Kahan, E., Luzardo, M., Y Ugo, M. (2010). Depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 149-163.
- Calderón. (2001). *Depresión.* (3ª ed.). México: Trillas.
- Calderón, L. y Barrera, M. (2013). Comparación de un perfil neuropsicológico en una muestra de niños, niñas y adolescentes con y sin sintomatología depresiva. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 361-374.
- Cárdenas, M. (2010). *Guía Clínica De Los trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes.* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente Muñiz. Secretaria de salud México.
- Castillo, L. (2005). Análisis documental. En L. Castillo, (Ed.), *Biblioteconomía* (pp. 136-164). España: Trea.

- Castro, A. (2010). *Funcionalidad familiar y depresión infantil*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad De Medicina. México.
- Chávez, K. (2013). Depresión enmascarada, ¿somatización o depresión?. *Psyconex*, 5(8), 1-8.
- Cheniaux, E. (2006). Psicopatología descriptiva: Existe uma linguagem comum?. *Rev. Bras Psiquiatr*, 27(2), 157-162.
- Clauso, A. (1993). Análisis documental: El análisis formal. *Revista general de información y documentación*, 3(1), 11-19.
- Coutinho, M., Oliveira, M., Pereira, D., y Santana, O. (2014). Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 269-276.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2011). Regulação emocional em crianças com e sem sintomas de depressão. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 16(3), 219–226.
- Cruz, A. (24 de septiembre de 2012). En México la depresión afecta a 8 por ciento de las personas. *La Jornada*.
- Del Barrio, V. (2010) La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. *Información psicológica* 100(1), 49-59.
- Del Rio, E. (2011). *Estudio comparativo para diagnóstico de depresión mediante la aplicación de CDI (inventario de depresión infantil) y CDS (escala de depresión infantil) en pacientes de 8 a 16 años con epilepsia y la posible influencia de factores familiares y socioeconómicos, en un centro de tercer nivel*. (Tesis inédita de Postgrado). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Delgado, P. y Tinoco, M. (2011). *Las crisis familiares y afectivas como factores de riesgo que originan la depresión infantil en niños y niñas de 5 a 6 años de edad cronológica en las escuelas fiscales “José ingenieros no. 1” y “18 de noviembre” de la ciudad de Loja período 2009-2010*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad nacional de Loja. Ecuador.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. Y Cruz, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia psicológica. Universidad del país vasco*, 32(1), 65-74.
- Espino, K., Flores, M., y García, M. (2012). *Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastorno Afectivos (Depresión Y Distimia) en la Infancia y Adolescencia*. Instituto Nacional de Rehabilitación. Secretaria de Salud: México.
- Espinoza, E. (2012). *La violencia intrafamiliar y su influencia en la depresión infantil de los niños de 8 a 12 años de la escuela fiscal vespertina Rosa Grimanesa Ortega periodo enero-julio 2012*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

- Figueras, A., Amador, J., Gómez, J., y Del Barrio, V. (2010). Psychometric Properties of the Children's Depression Inventory in Community and Clinical Sample. *The Spanish journal of psychology*, 13(2), 990-999
- Figueroa, E. (2010). *La construcción de la depresión infantil*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.
- Gallegos, J., Langley, A., & Villegas, D. (2012). Anxiety, depression and coping skills among Mexican school children with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 35(1), 54-61.
- Garber, J. (2006). Depression in Children and Adolescents: Linking Risk Research and Prevention. *Am J Prev Med*, 31(1), 104-125.
- García, E. (2013). *¿Qué es la Depresión Infantil? Taller para Padres*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.
- García, G., López, M. (2010). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Madrid: Panamericana.
- García, G., Saldivar, A., Llanes, A., Y Sánchez, I. (2011). El DSM-V y sombras de un manual no publicado: retos y expectativas para el futuro. *Salud mental*, 34(1).
- Gomes de Matos, E., Mello, T., Gomes de matos, I., y Mello, G. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 312-318.
- Gómez, Y., Barrera, M. (2012). Aspectos neuropsicológicos asociados a la presencia de síntomas depresivos en niños escolarizados. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1), 111-118.
- Gordillo, R. (2010). *Análisis longitudinal de la relación entre depresión y agresión física y verbal en población infanto-juvenil*. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. España.
- Gordillo, R., Del Barrio, V., y Carrasco, M. (2012). Análisis longitudinal de la comorbilidad entre depresión y agresión: Cronicidad y severidad en sujetos de 11 a 13 años. *Interdisciplinaria*, 29(1), 165-185.
- Gratiot, H Y Zazzo, R. (1984). *Tratado de psicología del niño. Tomo IV desarrollo afectivo y moral*. Madrid. Morata.
- Guillen, E., Gordillo, M., Ruiz, I., Gordillo, M., y Gordillo, T. (2013). ¿Depresión o Evolución?: Revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia. *Infad revista de psicología*, 1(2), 499-506.

- Giribet. (2010). *Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos*. Subdirección general de salud mental y subdirección general de atención primaria, urgencias y emergencias. Servicio Murcío de salud. España.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Herazo, M. y Villamil, V. (2013). Relación entre síntomas depresivos, Índice de Masa Corporal y autopercepción del peso en escolares. *Salud Uninorte*, 29(3), 368-373.
- Herrera, E. (2012). Elementos conceptuales y tendencias investigativas en la depresión infantil. *Encuentros*, 1, 153-160.
- Herrera, L. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Revista pensamiento psicológico*, 5(12).
- Hill, B., Ploetz, D., O'Jile, J., Bodzy, M., Holler, A., & Rohling, L. (2013). Self-reported depressive symptoms have minimal effect on executive functioning performance in children and adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 22(3), 398-404.
- Jaramillo, k. (2010). *La depresión y su incidencia en la adaptación escolar de los niños del primer año de educación básica del jardín de infantes del hogar santa marianita de Jesús de la ciudad de Ambato durante el semestre noviembre 2009 a marzo 2010*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad técnica de Ambato, facultad de ciencias humanas y de la educación. Ecuador.
- Leteller, L. y Moore, P. (2003). La medicina basada en evidencia. Visión después de una década. *Revista médica de chile*, 131(1), 939-948.
- López, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M., y López, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de psicología*, 26(2), 325-334.
- López, L. (2013). *Propuesta de taller de psicología positiva para prevenir la depresión en niños de 6 a 11 años con padres divorciados*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.
- Mancilla, M. (2014). *Depresión infantil un enfoque conductual y psicoanalítico*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.

- Martínez, M., García, J., y Inglés, J. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de jóvenes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 47-64.
- Ministerio de salud Chile (2013) *Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión*. Santiago: MINSAL.
- Medrano, J. (2014). DSM-5, Un año después. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 655-662.
- Moo, E., Valencia, M., Ulloa, R., Ostrosky, F., y Reyes, I., (2011). Estructura del sueño y funciones ejecutivas en niños con depresión. *Salud mental*, 34(5), 459-468.
- Morales, M. (2014). Depresión Infantil. *Psiquemx*.
- Moreno, S., Moreno, L., Peña, S., y Salinas, L. (2014). *Guía de atención clínica para el manejo de la depresión en niños escolarizados*. U. Católica.
- Moreno, A. (2010). *Violencia familiar asociada a depresión infantil*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Motta, L. (2013). Identificación de trastornos depresivos en niños y niñas de 7 a 12 años víctimas de maltrato infantil atendidos en la comisaria primera de Florencia Caquetá. *Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. España*.
- Moya, M. (2013). *Incidencia de ansiedad y depresión en niños y niñas de 7 a 13 años de edad víctimas de maltrato físico, psicológico y sexual*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad de Quito. Ecuador.
- Núñez, M y da Silva, G. (2013). Propriedades psicométricas da escala Baptista de depressão infanto-juvenil (EBADEP-IJ). *Capa*, 65(2), 198-213.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. (10ª ed.).
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Manual de instrucciones de la CIE-10*. VOL 2.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Depression: A Global Crisis World Mental Health Day*.
- Orgilés, M., Espada, J., y Fernández, I. (2013). Hábitos y problemas de sueño en niños con sintomatología depresiva. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(3), 173-181.
- Ospina, F., Hinestrosa, M., Paredes, M., y Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en jóvenes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Rev. Salud pública*, 13(6), 908-920.
- Palacios, L., Nogales, I., Ulloa, R., Rodríguez, H., Vásquez, J., Munguía, A. (.....) Peña, F. (2010) *Guía clínica depresión en niños y adolescentes*. Guías

- clínicas del hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro". Secretaría de salud México.
- Paulino, C. (2013). *Depresión Infantil: Guía Para Detectarla* (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Peña, T. y Pirela, J. (2007). La complejidad del análisis documental. *Revista información, cultura y sociedad*, 16(1), 55-81.
- Pérez, J., Rivera, C., Soto, E., y Muñoz, M. (2011). Trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 12(3), 149-154.
- Pinto, M. (1989). Introducción al análisis documental y sus niveles: el análisis de contenido. *Anabad Dialnet*, 39(2), 323-343.
- Polaino. (1988). *Las Depresiones Infantiles*. Madrid: Morata.
- Polaino, A., Mediano, M., Y Martínez, R. (1997). Estudio epidemiológico de la sintomatología infantil en la población escolar madrileña de ciclo medio. *Anales Españoles De Pediatría*, 46(4), 344-350.
- Pompa, E. y Montoya, B. (2011). Evaluación de la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano. *Psicología y Salud*, 21(1), 119-124.
- Qualter, P., Brown, S., Munn, P., & Rotenberg, K. (2010). Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(6), 493-501.
- Quiroz, M. (2012). *Ansiedad y Depresión-. Presencia y relación con la obesidad infantil mexicana*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.
- Restrepo, C., Vinaccia, S., y Quiceno, M. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 18(2), 41-48.
- Richardson, L. (2005). Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 35(1), 6-24.
- Rodríguez, S. (2010). Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. *Interdisciplinaria*, 27(2), 261-276.
- Romero, K., Canals, J., Hernández, C., Jané, M., Viñas, F., y Domènech, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613-618.
- Romero, R. (2014). La depresión y el suicidio en niños y adolescentes. *Revista del sistema CETYS universidad*, 29(1), 14-16.
- Royo, J., y Martínez, M. (2012). Los trastornos depresivos. *Pediatría integral*, 16(9), 755-759.

- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Flores, A. Y Fulquez, D. (2013). Las competencias socioemocionales como factor protector ante la sintomatología de ansiedad y depresión. *Psicogente*, 16(29), 55-64.
- Saklofske, D. y Hildebrandd, D. (2001). *Depression in Children*. National association of school psychologists. Coppel, TX.
- Sally, N., Hetrick, S., Cox, G., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. & McDowell, D. (2012). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7(5), 1409–1685.
- Sandoval, C. (1992). *Investigación cualitativa*. Colombia: ARFO
- Sanz, Y., Schneider, B., Zambrana, A., Selva, G., & Sanchez, Z. (2014). Does Comorbid Anger Exacerbate the Rejection of Children with Depression by their School Peers?. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(4), 493-500.
- Schwan, S., y Ramires, V. (2011). Depressão em crianças: uma breve revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 29(67), 457-468.
- Selva, G. y Sanz, A. (2013). La RCADS-30: una técnica psicológica para evaluar conjuntamente la ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Valoración de las propiedades psicométricas. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, (38).
- Skociice, J. (2014). *Beyond DSM-5: An alternative approach to assessing Social Anxiety Disorder*. Melbourne School of Psychological Sciences.
- Sue, D., Sue, D. Y Sue, S. (1996). *Comportamiento Anormal*. México: Mc Graw Hill.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de México. (2014). *Depresión y suicidio en México*. Recuperado el 14 de Julio de 2014, desde <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html>
- Ulloa, R., Peña, F., y Nogales, I. (2011). Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud mental*, 34(5), 403-407.
- Watson, R. (1977). *Psicología infantil*. Madrid: Agilar España
- Zúñiga, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez. C., y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 2-14.