



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado
Monografía

Depresión infantil: Aproximación al diagnóstico, técnicas de evaluación y tratamiento.

Estudiante: Lucía Cardozo Giordano.

C.I: 4.751.058-5

Tutor: Asist. Mag. Alfredo Parra.

15 de Febrero de 2019
Montevideo, Uruguay

ÍNDICE

1.	Resumen.....	pág. 3
2.	Introducción.....	pág. 4
3.	Síntomas, diagnóstico y consideraciones sobre la depresión infantil.....	pág. 6
3.1	Conceptualizaciones respecto a la depresión en el niño.....	pág. 6
3.2	Diagnóstico: Síntomas e Indicadores de la depresión infantil.....	pág. 10
3.3	El descenso del rendimiento escolar: ¿causa o consecuencia?.....	pág. 13
3.4	Conductas suicidas en la infancia.....	pág. 14
3.5	Factores protectores y de riesgo.....	pág. 16
4.	Indicadores en las técnicas proyectivas gráficas.....	pág. 20
5.	Otras técnicas de evaluación.....	pág. 24
5.1	Inventario de depresión infantil.....	pág. 25
5.2	Cuestionario de depresión para niños.....	pág. 26
6.	Tratamientos y abordajes.....	pág. 27
6.1	Terapia cognitivo-conductual.....	pág. 28
6.2	Abordajes psicoanalíticos.....	pág. 31
7.	Consideraciones finales.....	pág. 33
8.	Referencias Bibliográficas.....	pág. 35

1. Resumen

El presente trabajo final de grado se enmarca dentro de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. El mismo pretende abordar una de las problemáticas de salud mental de la infancia que ha incrementado notablemente en los últimos años a pesar de que aún existen dificultades para identificarla: la depresión infantil. (Del Barrio, 1997). Resulta de gran importancia advertir y alertar acerca de la misma a los profesionales y estudiantes que están en contacto con niños asiduamente así como también a los propios padres o referentes que frecuentemente desconocen o ignoran la patología.

A pesar de que se aludía a la depresión infantil en publicaciones anteriores, su reconocimiento y aceptación se remonta a los años setenta, ya que previamente la comunidad científica se mostraba resistente a admitirla (Del Barrio, 1994). Actualmente se considera relevante la identificación de síntomas y factores de riesgo con el fin de prevenir y detectar precozmente la patología, teniendo en cuenta que se encuentra estrechamente relacionada con el suicidio en la niñez y adolescencia. Además el hecho de que se produzca un episodio de depresión temprana aumenta el riesgo de que ocurran sucesivos episodios en la adolescencia y adultez (Horowitz & Garber citado en Cajigas-Segredo, Kahan, Luzardo & Ugo, 2010).

Se presenta a continuación una revisión bibliográfica con autores que abordan a la temática planteada principalmente desde marcos teóricos psicoanalíticos y cognitivos. La misma comienza con un breve recorrido histórico acerca de la depresión infantil para luego dar lugar a los criterios diagnósticos y conceptualizaciones respecto a la patología. Asimismo esta monografía pretende desarrollar los factores protectores y de riesgo que se correlacionan a la depresión en los niños así como también las técnicas de evaluación y los tratamientos más utilizados.

Palabras clave: Depresión - Infancia - Ideación suicida.

2. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) la depresión es un trastorno mental frecuente cuya sintomatología se caracteriza principalmente por la presencia de tristeza, sentimientos de culpa, pérdida de interés o placer, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Dicha Organización estima que la patología afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y que contribuye significativamente a la carga mundial general de morbilidad.

Anquines (2013) plantea que los síntomas depresivos generan importante discapacidad en todos los ámbitos en los que se desarrolla el individuo y que se observa cada vez en edades más tempranas. “la incidencia de los trastornos del humor está aumentando en los jóvenes, siendo cada vez más frecuente el diagnóstico de esta patología en niños y adolescentes” (p.36).

A pesar de que en Uruguay la producción bibliográfica respecto a la depresión en la infancia es muy limitada, no deja de ser una problemática preocupante debido al incremento de casos en los últimos años. Viola, Garrido & Varela (2008) en un estudio epidemiológico referido a la salud mental en niños y adolescentes del país, refieren que cerca de un 27% de los niños entre los 6 y los 11 años padecen problemas vinculados a la depresión, la ansiedad y las quejas somáticas.

Durante mucho tiempo la existencia de la depresión infantil fue rechazada y se admitía que sus manifestaciones o síntomas sólo se atribuían a la edad adulta, Según Del Barrio (2001) esta negación se debe principalmente a problemas evolutivos, ya que no se consideraba la posibilidad de que el niño experimente síntomas depresivos. Esta perspectiva estuvo muy atravesada por una visión idealizada de la niñez de parte del mundo adulto que, hasta el día de hoy, implica ciertas resistencias a la hora de reconocer la existencia de dicha patología. “La niñez es la edad de la felicidad y la despreocupación, mito cómodo que es simétrico a otro muy tenaz; el de la inocencia infantil. Ese niño mítico e idealizado, eternamente sonriente, concentra todas las proyecciones con fines reparadores” (Arfouilloux, 1986, p. 16).

En la misma línea Del Barrio (1997) agrega que generalmente los adultos poseen un estereotipo sobre la infancia que considera a los niños como seres carentes de preocupaciones, sin embargo la realidad es otra “El niño está lleno de preocupaciones, incluso más que un adulto, puesto que su desarrollo cognitivo no le permite encontrar

explicaciones racionales a la mayor parte de las cosas que ocurren a su alrededor” (p. 12). Esto constituye uno de los factores por los que frecuentemente la depresión infantil es una entidad que no llega a diagnosticarse.

Otra de las causas de que esto suceda radica en que las manifestaciones clínicas de la depresión infantil no son tan específicas como ocurre en los adultos “la depresión infantil es una entidad que rara vez se presenta igual que el aspecto clásico adulto, sino que se expresa de manera más heterogénea, lo cual se despliega como un obstáculo para su diagnóstico y tratamiento” (Loubat, Aburto & Vega, 2008, p. 190).

Polaino Lorente (1998) menciona que los niños deprimidos son incapaces de identificar o enunciar lo que les sucede, lo que podría constituir otro de los factores por los cuales la depresión infantil es una entidad infradiagnosticada. No obstante, a pesar de que al niño se le dificulte o no logre expresar con precisión lo que le sucede, el autor menciona que la observación de su conducta y las entrevistas con los padres y el niño son de utilidad a la hora del diagnóstico.

Cabe destacar que la niñez y adolescencia son etapas del desarrollo muy importantes para el individuo pues lo que ocurre en las mismas repercute directamente en la vida adulta. Varios autores (Cagijas Segredo *et al*, 2010; Polaino Lorente, 1998; Viola *et al*, 2008) afirman que, a menudo, los trastornos mentales de comienzo en la infancia potencian el riesgo de que se padezcan en un futuro, es decir, en las siguientes etapas de la vida. Por este motivo se considera necesario el conocimiento de la patología, que resulta indispensable para la prevención e intervención oportuna. “Hay un alto grado de continuidad de los trastornos de la infancia con los del adulto; la intervención temprana puede prevenir o reducir la probabilidad de un deterioro prolongado” (Viola *et al*, 2008, p. 17). Para Polaino Lorente (1998) la depresión no sería la excepción, ya que además de coincidir con lo antes expuesto, afirma que la depresión en la infancia es señal de posibles patologías mentales a futuro.

Las temáticas que se plantean en esta monografía son de gran interés personal a partir de cursar la materia optativa “Psicopatología Infantil”, en la cual se produjo el primer acercamiento a la patología. Asimismo la reducida producción bibliográfica respecto a la depresión infantil en Uruguay y su prevalencia en la sociedad fueron motivos para abordar este cuadro en el presente Trabajo Final de Grado.

3. Síntomas, diagnóstico y consideraciones sobre la depresión infantil.

El siguiente apartado plantea varios aspectos que se consideran de importancia para lograr una oportuna aproximación a la patología. En primer lugar se realiza un recorrido histórico en relación a la depresión infantil para luego hacer referencia a su sintomatología, diagnóstico y particularidades respecto a la depresión en el adulto. Posteriormente se aborda la estrecha relación que se establece entre el rendimiento académico y la depresión infantil así como también las conductas suicidas en dicha población. Por último se exponen los factores protectores y de riesgo que se correlacionan a la patología, haciendo especial hincapié en los últimos.

3.1 Conceptualizaciones respecto a la depresión en el niño.

Actualmente la depresión infantil es una patología que se tiene en cuenta pese a las dificultades diagnósticas que se abordaron en el apartado anterior, no obstante fue negada durante mucho tiempo.

El psicoanálisis ortodoxo de los años cincuenta afirmaba que la depresión era un trastorno que afectaba a la población adulta y no admitía la existencia de la depresión infantil. Esta corriente, en líneas generales, consideraba que el niño no era capaz de experimentar dicha patología debido a que no presentaba la suficiente madurez intrapsíquica.

El superyó es la conciencia moral de la persona, que indica lo que está bien y lo que está mal. Se forma lentamente al interiorizar el niño las normas paternas y los valores sociales. El desarrollo completo de esta estructura de la personalidad acontece en la adolescencia, por lo tanto antes de la pubertad no puede haber sentimiento de culpabilidad, que es crucial para la depresión (Rie citado en Méndez, 2002, p. 32).

Desde este enfoque Freud (citado en Del Barrio, 1997) define a la depresión como la pérdida de estima del yo y se considera que dicha patología depende de la interacción entre dos de las estructuras de la personalidad; yo y superyó. Esta corriente afirmaba que no era posible que la depresión afecte a los niños debido a que en esta etapa del desarrollo no estaba constituido el yo.

La negación de la depresión infantil en esa época fue tal, que autores como Slater & Roth (citados en De Ajuriaguerra, 1996) afirmaban que los niños estaban inmunizados contra los cambios de humor de larga duración y que esta patología no se manifestaba

antes de la pubertad. Como consecuencia de esta postura psicoanalítica y considerando a su vez que la corriente estaba en auge, la depresión infantil quedó prácticamente excluida de publicaciones, manuales y libros durante un período de tiempo significativo.

Melanie Klein (1944) fue una de las primeras psicoanalistas que hizo referencia a la depresión en la infancia siendo de gran importancia sus aportes para dar comienzo a la conceptualización de dicha noción. La autora señala la “posición depresiva” como una etapa normal y común en el desarrollo de cualquier niño, la misma consiste en un “(...) sistema de sentimientos, fantasías, ansiedades y defensas que surgen en el primer año de vida” (p.531). Con motivo de explicar el origen de los sentimientos depresivos en el niño la autora se refiere a la relación de objeto del niño con su madre en los primeros meses de vida.

La comprensión y el contacto cercano entre la madre y el niño aún en esta temprana etapa, la forma en que el niño reacciona y responde a las actitudes y sentimientos de su madre, el amor y el interés que demuestra, constituyen una relación de objeto (p.537).

Klein (1944) afirma que en la mente del niño la relación más temprana es con “objetos parciales” es decir su interés se dirige al pecho de su madre pero luego comienza a interesarse en las manos y en la cara que atiende a sus necesidades, por lo tanto posteriormente y paso a paso percibe y ama a la madre como una persona total.

En esta etapa surge el miedo a la pérdida del objeto amado, ya que cuando el niño se encuentra solo percibe que sus padres “buenos” se convierten en “malos”, o a veces puede surgir el miedo a perderlos a causa de sus propios deseos de aniquilamiento por considerarlos “malos”. La autora menciona que esto constituye una de las fuentes de los temores tempranos y que el niño reacciona escindiendo las figuras materna y paterna en “una madre “buena” y una “mala”, y en un padre “bueno” y uno “malo”, para lograr más seguridad con respecto tanto a sus objetos internos como los externos” (1944, p.561).

En esta línea Klein (1944) menciona que el niño experimenta los sentimientos depresivos cuando logra integrar estos aspectos y logra percibir al objeto de forma total “(...) con la introyección del objeto total, se acercan más en la mente del niño los elementos de amor, odio, ansiedad, sentimientos de pérdida, de culpa, y estas experiencias constituyen la posición depresiva” (p. 551).

Spitz (citado en Del Barrio, 1997) por su parte realiza un estudio en el año 1946 con niños pequeños entre seis y ocho meses de nacimiento, quienes luego de haber establecido una relación normal con sus madres son separados de las mismas e institucionalizados. En los niños se observaron comportamientos semejantes a la sintomatología de la depresión en adultos y al síndrome le llamó "depresión anaclítica". El mismo consistía en llantos, retraimiento, desinterés, apatía, inexpressión facial, descenso del apetito, mayor morbilidad y estancamiento en el desarrollo.

Prosiguiendo con la evolución histórica de esta patología, resulta pertinente mencionar los aportes de Bowlby (citado en Marcelli y Cohen, 2007) quien realiza un estudio similar al de Spitz haciendo hincapié en las reacciones del niño ante la separación materna. El autor observa una serie de conductas que divide en tres fases afirmando que los niños entre cinco meses y tres años se encuentran más propensos a desarrollarlas.

- Fase de protesta; la misma ocurre en el momento de la separación. El niño llora se agita e intenta seguir a sus padres, se muestra inconsolable.
- Fase de desespero; el niño se rehúsa a comer, se queda callado, inactivo, sin solicitar nada de su entorno. Parece estar atravesando un estado de gran duelo.
- Fase de desvinculación; en esta última fase el niño acepta los cuidados de otra persona, en este caso de enfermeras, la comida y los juguetes. Si ve a su madre en este momento es probable que no la reconozca.

Al respecto Marcelli y Cohen (2007) mencionan que la segunda fase posee aspectos similares a las manifestaciones depresivas del adulto, y es por esto que varios autores coinciden en que los aportes de Bowlby fueron significativos para la posterior aceptación de la depresión infantil.

En el año 1971, durante el IV Congreso de la Unión de Paidopsiquiatras en Estocolmo, se llega a la conclusión de que la depresión también afecta a los niños y adolescentes, siendo éste el tema central del encuentro. A pesar de que en esa época varios autores afirmaban que la depresión infantil existía o hacían alusión a la misma, es a partir de esa fecha que se la considera una entidad clínica y a su vez aumentan considerablemente las publicaciones científicas (Diez Zamorano, 2003). No resulta casual que en esta época se evidencie un ascenso del paradigma cognitivo, ya que se aguardó a un marco teórico favorable para el desarrollo de investigaciones respecto a la depresión en el niño (Del Barrio, 1997).

A partir del reconocimiento de la patología se generaron controversias respecto a los síntomas, ya que no existía consenso acerca de los mismos. Por un lado se encontraban los que afirmaban que la depresión en los niños era análoga a la del adulto y, por otro lado, los que consideraban que tenía características particulares (Cuervo & Bouquet, 2007). Algunos autores proponían síntomas específicos tales como agresividad, quejas somáticas, dolores musculares o de cabeza, empero otro colectivo afirmaba que se trataba básicamente de síntomas similares a la depresión en la adultez (Méndez, 2002). Actualmente las discrepancias han sido superadas y conforme con esto se han desarrollado conocimientos más específicos en lo que respecta a la patología.

Del Barrio (1997) define a la depresión infantil como un trastorno afectivo manifestando que el niño o adolescente que se encuentra en dicha situación se siente triste, desganado, descontento consigo mismo y con su entorno, además de que en determinadas ocasiones puede estar furioso por todo ello.

Desde el punto de vista evolutivo no todas las manifestaciones depresivas en el niño deben ser consideradas un trastorno o patológicas, Polaino Lorente (1998) afirma que muchas de estas manifestaciones están vinculadas a períodos evolutivos en los que el niño se encuentra especialmente vulnerable y como consecuencia experimenta afectos depresivos. En estas ocasiones se debe considerar normal y por tanto no patológico “hay estados de tristeza y sentimientos de culpabilidad que son completamente normales” (p.659).

En la misma línea De Ajuriaguerra (1996) agrega:

(...) la reacción depresiva puede ser de corta o larga duración, de intensidad más o menos intensa, aparecer en cualquier estadio del desarrollo; en determinadas circunstancias corresponde a una respuesta afectiva normal y apropiada, pero es anormal cuando aparece en circunstancias inapropiadas y persiste durante un lapso de tiempo excesivo y cuando el niño no llega a superarla (663-664).

Marcelli & Cohen (2007) mencionan que los episodios depresivos pueden surgir ante acontecimientos que tienen valor de pérdida o duelo: separación de los padres, muerte de un ser querido, o bien puede tratarse de acontecimientos que para los adultos tienen un valor intrascendente: mudanzas, muerte de animal doméstico, alejamiento de un compañero o amigo. Daniels & Moos (citados en Del Barrio, 1997) agregan que la acumulación de acontecimientos negativos y pequeñas contrariedades, es un factor que habitualmente

desencadena la depresión infantil. Siguiendo esta misma línea Polaino Lorente (1998) asegura que “la reiteración de la experiencia de fracaso puede contribuir a generar en el pequeño estilos cognitivos y atribucionales que fácilmente darían estabilidad a su inicial comportamiento depresivo” (p.667).

Del Barrio (1997) destaca que la habilidad del niño para hacer frente a los acontecimientos negativos se torna significativa debido a que se encuentra estrechamente ligada a las consecuencias negativas. Es decir, si el niño posee la habilidad de afrontamiento el impacto del hecho se minimiza y si no se inflaciona, pudiendo desembocar en una depresión “se denomina afrontamiento al proceso que un sujeto pone en marcha para hacer frente al estrés, empleando una amplia gama de mecanismos psicológicos, para reducirlo, dominarlo o anularlo” (p.74).

Es pertinente destacar que el concepto de vulnerabilidad juega un papel importante en la depresión del niño ya que se utiliza para denominar la situación en la cual “un sujeto reúne un conjunto de condiciones suficientes que hacen probable que llegue a desarrollar determinada perturbación” (Del Barrio, 1997, p.33). La autora (1995) destaca que habitualmente para que un niño se deprima se deben dar ciertas condiciones que en determinadas ocasiones actúan por separado y en otras conjuntamente: vulnerabilidad genética, acontecimientos psicosociales negativos y lo que es más importante una determinada estructura de personalidad “podríamos afirmar que un sujeto introvertido, con una intensa reactividad emocional, con antecedentes de depresión familiar y con una fuerte experiencia negativa, tiene alta probabilidad de desarrollar una depresión” (p.2).

3.2 Diagnóstico: Síntomas e Indicadores de la depresión infantil.

Anteriormente en varias oportunidades se ha mencionado la complejidad que reviste el diagnóstico de depresión infantil. En este apartado se abordarán aspectos referentes al mismo y se mencionarán brevemente los criterios diagnósticos establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) relacionados a la patología.

El manual DSM (5ª edición, American Psychiatric Association, 2013) en el apartado “Trastornos depresivos” hace referencia al trastorno de depresión mayor. Los síntomas del mismo han de estar presentes durante un período de dos semanas representando un cambio con el funcionamiento anterior de la persona. El estado de ánimo debe ser deprimido o si se trata de niños y adolescentes irritable, además de presentar una disminución importante del interés o placer. Uno de estos síntomas debe estar presente

para que se trate de un trastorno depresivo mayor. A su vez se debe tener en cuenta la pérdida/aumento de peso o apetito considerando en los niños el fracaso en el aumento de peso esperado. Otros de los síntomas que se presentan en el trastorno son: insomnio o hipersomnias, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva y disminución de la capacidad para pensar. Se destaca que usualmente las personas afectadas por este trastorno manifiestan pensamientos de muerte, que en los peores casos pueden llegar a consumarse.

Es cierto que, aunque los niños también puedan expresar humor triste, disminución de vitalidad o desesperanza, es poco frecuente que la depresión infantil se presente con la misma sintomatología que en el adulto.

Se acepta que la depresión mayor es un trastorno que se desarrolla en la infancia y la adolescencia con perfiles sintomáticos similares a la edad adulta, aunque puedan existir con mayor frecuencia variaciones en la expresión de los síntomas, tipo de alteraciones de la conducta, molestias somáticas o hiperactividad (Fernández Siendones, 2006).

Otro de los diagnósticos a los que hace referencia el manual DSM es al Trastorno depresivo persistente (Distimia) que apunta principalmente al estado de ánimo deprimido la mayor parte del día durante un mínimo de dos años. En los niños o adolescentes el humor puede ser irritable y debería sostenerse durante un año como mínimo. A su vez deben manifestar dos o más de los siguientes síntomas: insomnio o hipersomnias, poco apetito o sobrealimentación, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza. La diferencia sustancial entre este trastorno y el anterior radica en la duración mínima de los cuadros y los síntomas principales de cada uno, ya que el trastorno de depresión mayor incluye síntomas que no se toman en cuenta en el trastorno depresivo persistente.

Según Méndez (2002) el niño que padece depresión desarrolla una actitud negativa, desafiante y agresiva. Se enfurece permanentemente, principalmente en relación con los adultos ya sean padres, maestros o diferentes familiares, es inestable y su humor tiende a ser voluble.

El manual mencionado anteriormente también incluye dentro de los trastornos depresivos al Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, cuyo diagnóstico presenta síntomas similares a los que alude Méndez (2002). En el mismo se plantea como

criterio diagnóstico principal los accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (rabietas verbales) y/o con el comportamiento (agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación. Estos accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo y se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

El estado de ánimo es irritable y observable por parte de otras personas, estos pueden ser padres, maestros o compañeros. Los síntomas deben estar presentes al menos en dos de tres contextos y considerarse graves al menos en uno de ellos. El diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

Algunos autores consideran que una variable relevante y a tener en cuenta respecto a la sintomatología y que incluso puede llegar a modificarla es la edad del niño (Polaino Lorente, 1998; Marcelli & Cohen, 2007; Del Barrio, 1997). Estos últimos expresan que en los bebés y niños pequeños (hasta 24 meses) se observa mirada abatida, aislamiento, retraimiento e indiferencia hacia el entorno. A su vez se puede observar ausencia de manifestaciones de alerta o juegos de la edad, no existe parloteo ni juegos con las manos, tampoco curiosidad exploratoria. A partir de los 3 años las alteraciones conductuales suelen ocupar el primer plano, lo que se observa con más frecuencia es la agitación, irritabilidad y conductas autoagresivas. No está presente el juego con otros niños ni la autonomía en los hábitos cotidianos, suelen presentar trastornos del sueño y en el apetito.

Del Barrio (1997) aporta que en edades tempranas los niños presentan síntomas de carácter exteriorizado, siendo los no verbales los más frecuentes: expresión facial, movimientos de cabeza, corporales y de manos. A partir de los seis años la depresión infantil se asemeja cada vez más a la depresión en los adultos pero con la particularidad de que su característica principal son los problemas de conducta.

Un aspecto importante del diagnóstico es la aceptación -o no- del mismo por parte de los referentes del niño, ya que muchas veces no logran admitir la idea de que su hijo se encuentre deprimido. Para Marcelli & Cohen (2007) el simple reconocimiento de la depresión puede tener un valor terapéutico, debido a que la sensibilización y comprensión de esta situación por parte de los padres puede resultar positiva en lo que refiere al tratamiento.

Resulta significativo aclarar que la comorbilidad de la depresión infantil con otras patologías es fuerte en relación a los problemas de conducta, la ansiedad y la agresión (Del Barrio 1997). Varios autores coinciden en que la ansiedad es la patología que se asocia con

más frecuencia, asegurando que el 75% de los niños presentan conjuntamente depresión y ansiedad (Kovacs citado en Del Barrio, 1997). Otros autores afirman que el diagnóstico comórbido más frecuente son los trastornos de conducta o disruptivos.

3.3 El descenso del rendimiento escolar: ¿causa o consecuencia?

La escuela es uno de los ejes fundamentales para la vida del niño y no se puede negar que representa para éste algo semejante a lo que el trabajo para el adulto. El niño va a la escuela todos los días laborales, realiza una actividad sujeta a reglas y le califican mejor o peor por ella (Del Barrio, 1995).

Delval (2006) menciona que la escuela además de ser un espacio que propicia la adquisición de conocimientos, resulta de gran importancia para el desarrollo infantil ya que es fuente de socialización e interacción entre los niños, promoviendo la cooperación, empatía, reciprocidad y el aprendizaje, entre otros. No obstante, la escuela y los estudios también pueden tornarse factores estresantes para el sujeto, si se tienen en cuenta las expectativas sociales/familiares en relación a las notas sobre el rendimiento y las excesivas demandas escolares. Las notas son un elemento por lo que el niño es valorado: es estimado socialmente, admirado por sus compañeros y premiado por el profesorado y la familia. Estas circunstancias otorgan al niño/a una excesiva responsabilidad, acompañada generalmente de estados de estrés (Cabrera & Jiménez, 1999).

Desde los distintos enfoques conceptuales se considera al rendimiento académico como un aspecto de relevancia en lo que concierne al cuadro depresivo infantil. Es frecuente que un niño deprimido presente desinterés, dificultades en la concentración y en la atención que pueden influir en el rendimiento académico cuando su duración se prolonga en el tiempo (Moreno, Escobar, Vera, Calderón & Villamizar, 2009). Marcelli & Cohen (2007) aportan que el fracaso, desinterés y el abandono escolar son muy frecuentes en los casos de depresión infantil. Generalmente los fracasos sorprenden dado el buen nivel de eficacia, o bien, lo que es todavía más característico, el descenso brusco del rendimiento escolar.

Nissen (citado en Cabrera & Jiménez, 1999) observó que tanto en los niños como en los adolescentes depresivos que formaban parte de su estudio, la sintomatología disminuía de manera temporal durante las vacaciones escolares, por ende además de ser la depresión causa de fracasos escolares en la infancia, los niños con fracaso escolar se encuentran más propensos a padecer depresión. Siguiendo en esta línea, Polaino Lorente (1988) aporta que la disminución del rendimiento escolar es uno de los primeros indicadores en el

cuadro depresivo infantil, no obstante lo que se podría tomar como una causa también podría ser consecuencia “De este modo, el fracaso escolar, las dificultades de aprendizaje y la disminución del rendimiento pueden ser causa y consecuencia de las depresiones infantiles, manifestación de estas y factor suscitador de ellas” (p.43).

Por su parte Del Barrio (1995) niega la concepción de que la mayor parte de los niños con bajo rendimiento escolar se deprima ya que al tener en cuenta la prevalencia de la depresión infantil (se estima en un 10%) y la del fracaso escolar (60 %) se contempla que no todos los niños que fracasan escolarmente se deprimen.

Cabrera & Jiménez (1999) realizaron un estudio comparativo con dos grupos de niños diferenciados: uno con presencia de síndrome depresivo y otro sin él, con el objetivo de esclarecer algunos aspectos relacionados con la depresión y el rendimiento académico. Los resultados y conclusiones del mismo fueron que el grupo de niños con síndrome depresivo obtuvo puntuaciones menores en rendimiento académico y la prueba de inteligencia, lo que no quiere decir que los niños depresivos sean menos inteligentes sino que la depresión deteriora o anula las funciones intelectuales.

3.4 Conductas suicidas en la infancia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) hace referencia a la estrecha relación que se establece entre suicidio y los trastornos del humor, especialmente la depresión, destacando que puede producirse en cualquier etapa vital.

El suicidio es reconocido como un problema de salud pública relevante en Uruguay. Aunque la tasa anual de suicidios se mantuvo estable a lo largo de casi todo el siglo XX (10 cada 100.000 habitantes), en la década de 1990 se verificó un aumento que triplicó los valores en Montevideo (Rodríguez, García & Ciriacos, 2005). El país llegó al pico máximo de suicidios en plena crisis económica, en el año 2002, en donde la tasa fue de 20,6 por cada 100.000 habitantes. Actualmente, según datos recabados en el año 2014, el número de suicidios se ubica en 17,4 cada 100.000 habitantes, siendo uno de los países con tasa más alta en América latina (Hein & González, 2017).

Resulta evidente la escasa literatura respecto al suicidio infantil así como también en relación al abordaje y tratamiento óptimo del niño o del adolescente que se encuentra en esta situación (Palacios, Barrera, Ordóñez, & Peña ,2007). En Uruguay los datos recabados por el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el año 2015 demuestran que más de 160 niños

y adolescentes de hasta 14 años se atendieron en los años 2013-2014 en la policlínica de Intento de Autoeliminación. Estos datos indican que, en esos 24 meses, cada cinco días un niño o adolescente asistía a ese hospital porque intentó quitarse la vida. (Gold, 13 de junio de 2015)

Según Bella, Fernández & Willington (2010) se observa un importante incremento de las conductas suicidas infantiles y juveniles, además de una disminución considerable de la edad de presentación. La autora afirma que hace unos años los suicidios en niños y adolescentes eran considerados como hechos poco frecuentes y la gran mayoría quedaban catalogados como accidentes, intoxicaciones con medicamentos u otros diagnósticos. Muchos casos son, hasta hoy en día, considerados como accidentes o son registrados de forma errónea cuando se refieren a infantes “pues ellos están rodeados siempre del tabú sobre la capacidad autodestructiva de los menores” (Morais dos Santos & Batista de Melo, 2016, p. 574).

Para Ulloa (1993) la comprensión de la muerte como un término irreversible de la vida no está presente en todos los niños y adolescentes suicidas debido a que el desarrollo del concepto de muerte es un proceso que va de la mano con el desarrollo cognitivo.

Ajuriaguerra (1996) expresa que a los 4 años la idea de muerte es muy limitada pero que hacia los 6 años comienzan las reacciones afectivas ante la muerte y el miedo a la muerte de la madre, sin creer en la posibilidad de su propia muerte. A los ocho años es capaz de aceptar el hecho de que todos, incluso el mismo, morirán y es recién hacia los 9 años que admite realmente el hecho de que morirá más adelante. La mayoría de los autores señalan que es antes de la adolescencia, alrededor de los 11-12 años que el niño tiene una percepción realista de la muerte.

Resulta relevante apuntar al término “conductas suicidas” que utilizan Bella, Fernández & Willington (2010) para denominar una serie de actos que por lo general se manifiestan en orden de menor a mayor gravedad.

La ideación suicida implica pensamientos y verbalizaciones recurrentes de autolesionarse o provocarse la muerte. El intento de suicidio es un acto realizado por la persona en forma deliberada contra sí misma, sin llegar a tener como resultado la muerte. (...) Finalmente, el suicidio consumado es el acto autoinfligido por la persona que resulta en su propia muerte (p. 125).

Prosiguiendo con los autores, dentro de las conductas suicidas mencionadas anteriormente se reconoce que la ideación suicida es la más frecuente en niños y adolescentes de ambos géneros. La misma, a diferencia de los intentos de suicidio, no necesariamente se asocia con la presencia de rasgos o trastornos psicopatológicos.

En cuanto a la relación entre las conductas suicidas y la depresión infantil, Córdoba (2016) menciona que entre los 9 y los 16 años de edad las causas de suicidio y los factores que lo determinan incluyen a los síntomas depresivos en primer lugar, además de tener un diagnóstico clínico, disfunción familiar, abuso sexual y los trastornos por abuso de sustancia. Un estudio realizado por Viñas & Domenech (1999) con dos grupos de niños de 8 a 12 años, uno de ellos lo constituían niños que presentaban ideación suicida y el otro era grupo de control. Los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico de varios datos fueron que los niños y niñas con ideación suicida alcanzaron resultados elevados en lo que refiere a la sintomatología depresiva, por lo tanto se ratifica la relación entre la ideación suicida y la depresión en niños.

3.5 Factores protectores y de riesgo.

Anteriormente se ha subrayado la importancia que reviste la identificación de factores protectores y de riesgo inherentes a la patología con objeto de prevenir y detectar precozmente la misma. Además se ha hecho referencia al gran malestar que puede generar la depresión infantil en quien la padece y las personas que lo rodean, por lo tanto adquiere aún más relevancia el hecho de alertar sobre los factores mencionados.

Los factores de riesgo son aquellos elementos que muestran tener una correlación significativa con determinado problema o trastorno, lo que no implica necesariamente causalidad (Del Barrio, 1997). En cambio los factores protectores son elementos, características o circunstancias que disminuyen la probabilidad de que el niño sufra algún tipo de patología, en este caso depresión.

Según la autora la familia y principalmente la madre juegan un papel muy importante en la aparición y desarrollo de la depresión en los niños. “El componente familiar funge como uno de los principales aspectos predisponentes en el desarrollo de la depresión infantil, debido a que se ha observado mayor incidencia en hijos provenientes de sistemas familiares disfuncionales” (Garibay-Ramirez, Jiménez-Garcés, Vieyra-Reyes, Hernández-González & Villalón-López, 2014).

El grupo familiar es el primer agente de socialización del niño e incide de manera decisiva en el desarrollo de su estabilidad emocional (Farías, Mestre, Del Barrio & García Ros, 1992). Generalmente las malas relaciones de los padres entre sí o de los padres con sus hijos se asocian a la mayoría de las perturbaciones infantiles y la depresión no es una excepción “efectivamente se ha constatado de forma repetida su aparición cuando hay una mala calidad de las relaciones familiares” (Del Barrio, 1997, p.54). Se ha señalado que el divorcio o la ruptura de la pareja son acontecimientos que afectan el estado emocional del niño, sin embargo eso no significa que los niños que atraviesan esa situación familiar sean propensos a la aparición de depresión. Del Barrio (1997) afirma que uno de los factores que influye y es de gran importancia para los niños es la mala calidad de las relaciones parentales antes y después del divorcio. En concordancia con lo antes expuesto, resulta crucial destacar que la conflictividad conyugal muchas veces es un factor de riesgo a tener en cuenta.

Está claro que es preferible la armonía familiar, pero puede resultar menos perjudicial una separación de mutuo acuerdo preparando psicológicamente al niño para contrarrestar su potencial impacto, que mantener una unión matrimonial donde los lazos afectivos se ha sustituido por continuas peleas que el niño sufre como espectador impotente (p.101).

Algunos autores consideran que la depresión materna es uno de los predictores más importantes de la depresión infantil. Un estudio realizado por Gartstein, Bridgett, Rothbart, Robertson, Iddins, Ramsay & Schlect (citados por Del Barrio, 2010) demuestra una relación significativa entre depresión materna e infantil dando cuenta de que existe una relación causal entre ellas. Esta relación se observa desde edades muy tempranas considerándose un periodo crítico el primer año de vida. Marcelli & Cohen (2007) afirman que esta relación se puede explicar por dos mecanismos: el primero hace referencia a una identificación del niño con el padre deprimido, y el segundo al sentimiento de que su madre es inaccesible, no está disponible y el niño a su vez es incapaz de consolarla, gratificarla o satisfacerla.

Además de los factores de riesgo antes expuestos se debe considerar la influencia de los determinantes genéticos de la depresión. Gershon (citado por Mitjans & Arias, 2012) afirma que entre los familiares de primer grado de una persona con depresión mayor, es decir padres y hermanos, existe un aumento importante de la prevalencia de esta patología (15%) respecto a la observada en la población general (5,4%). Además se han realizado estudios comparando las tasas de concordancia de esta patología entre gemelos monocigóticos (que comparten todos sus genes) respecto a los gemelos dicigóticos (que sólo comparten la

mitad de sus genes). La concordancia del trastorno depresivo en los primeros, teniendo en cuenta que vivían en el mismo hogar, fue de un 76% contra un 67% para los que vivían en hogares separados, mientras que en los segundos la tasa descendió a 19% (Tsuang & Faraone citados por Del Barrio, 1997).

Estos datos denotan la importancia de los factores genéticos en relación a los trastornos depresivos, sin embargo el hecho de que la tasa de concordancia entre gemelos monocigóticos no sea del 100% deja de manifiesto que otros factores (psicológicos, ambientales, socioculturales) son los responsables de la variabilidad restante (Carballo, Figueroa, García, Soutullo, & Zalsman, 2010). A pesar de esto, se considera que una persona con determinada vulnerabilidad genética tiene mayor probabilidad de sufrir el trastorno en comparación con otros, ante la exposición a un factor de riesgo ambiental (Mitjans & Arias, 2012).

Del Barrio (1997) hace referencia a que el tipo de personalidad es otro factor de riesgo establecido pese a los pocos estudios realizados. A grandes rasgos se considera que los niños con sintomatología depresiva tienden a la introversión e inestabilidad emocional, ya que la depresión correlaciona negativamente con la extraversión y control emocional. Al parecer tales características incrementan la posibilidad de aparición de la patología en los niños.

Polaino Lorente (1998) agrega la pérdida como un factor de riesgo a tener en cuenta. Anteriormente se expuso este punto mencionando que la depresión puede surgir ante acontecimientos que tiene valor de pérdida o duelo. En primer lugar Melanie Klein introdujo la posición depresiva del lactante en tanto teme la pérdida del objeto amado y luego los trabajos de Bowlby y Spitz demuestran las reacciones depresivas del niño ante la separación materna. “La pérdida, como factor de riesgo, puede ser debido a la muerte de un padre, hermano, un abuelo, o un amigo. La muerte del padre o madre, incrementa el riesgo de depresión inmediato y a largo término” (p.224).

Varios autores destacan que los niños que han sido víctimas de acoso escolar o abuso sexual se encuentran más proclives a desarrollar cuadros depresivos en relación a los que no han atravesado estas situaciones, por lo tanto serían factores de riesgo a tener en cuenta. Estos autores consideran que la depresión es una reacción frecuente al abuso sexual infantil y en mayor medida si el mismo fue o es recurrente. “(...) han observado sintomatologías depresivas en víctimas de abuso sexual desde preescolares hasta adultos.

Por tanto, la evidencia sugiere que la depresión puede ser otro correlato común al abuso sexual infantil” (Noguerol, 1997, p.179).

Otro factor que se correlaciona significativamente con la depresión infantil es la baja autoestima, De Ajuriaguerra (1996) destaca que generalmente los niños depresivos poseen una representación de sí mismos muy negativa. Comúnmente la autoestima de los niños se construye a partir del juicio de otras personas, es decir que la opinión que el sujeto tiene sobre si mismo se basa, la mayoría de las veces, en lo que el niño ha oído o en lo que cree que los demás piensan de su persona. Los desencadenantes de una baja autoestima pueden llegar a ser: las excesivas críticas paternas, las expectativas desajustadas, los fracasos en la escuela, la insatisfacción respecto al propio cuerpo, entre otros (Del Barrio, 1997).

Un estudio realizado por Farías *et al.* (1994) a niños de 8 a 13 años demuestra que la autoestima y la depresión en los niños están relacionadas de manera negativa, ya que los que presentaban depresión poseían una autoestima baja. Es pertinente destacar que esta correlación ha sido subrayada por muchos autores e incluso algunos de ellos lo consideran un criterio diagnóstico de importancia. Por el contrario, se considera que una adecuada autoestima constituye un factor protector destacado, al igual que el optimismo, ya que ambos mantienen una relación positiva que disminuye el riesgo de depresión infantil (González, 2018). Por lo tanto surge la siguiente interrogante: ¿Es la baja autoestima causa o consecuencia de la depresión infantil?

Según Del Barrio (1997) se torna complejo determinar si la baja autoestima precede o es efecto de la depresión infantil, ya que por un lado se encuentran las investigaciones que consideran que este indicador es el principal desencadenante de la depresión y por otro las que afirman que es resultado de la patología.

Algunas investigaciones longitudinales indican que la baja autoestima es mejor predictor de la depresión que la depresión de la baja autoestima, mientras que otros exigen que se añada a la baja autoestima una experiencia de acontecimientos negativos para que se pueda dar una buena predicción de la depresión (p.45).

En cuanto a los factores protectores, la Psicología Positiva plantea “ampliar el ámbito de estudio investigando no solo las condiciones patológicas de la personalidad, sino también aquellas emociones positivas, fortalezas, competencias, capacidades y virtudes que contribuyen a aumentar la satisfacción personal y a llevar una vida más plena” (Sánchez &

Méndez, 2009, p.273). Dentro de este campo una de las variables más estudiadas es el optimismo, el cual se asocia a índices bajos de enfermedad, depresión e ideas de autoeliminación en niños, así como también a niveles elevados de rendimiento académico y deportivo.

“los niños con tendencia al pesimismo (...) es más probable que se depriman cuando se les presentan contratiempos, tienen menor rendimiento académico, pueden presentar peor estado de salud y mantienen relaciones interpersonales más inestables” (Seligman citado en González, 2018).

Para Del Barrio (1997) la buena comunicación familiar, y principalmente la cohesión en la familia constituyen factores protectores fundamentales de la depresión infantil. Asimismo se destaca la sociabilidad del niño, ya que los sujetos con fácil comunicación social encuentran apoyos y facilidades para la resolución de problemas, por el contrario la incompetencia social es una característica típica de niños depresivos.

4. Indicadores en las técnicas proyectivas gráficas.

A continuación se hará referencia a los indicadores y rasgos depresivos que a menudo se observan e interpretan en las técnicas gráficas (Dibujo de la Figura Humana, Persona Bajo La Lluvia, Test de familia y HTP) puesto que en algunos casos proporcionan insumos para el diagnóstico.

Las técnicas gráficas según Caride de Mizes (2009) son instrumentos proyectivos que se utilizan en el proceso psicodiagnóstico con el objetivo de explorar aquellos aspectos más primitivos del sujeto “el dibujo es una creación personal, recrea simbólicamente al yo y sus objetos y debido a que el sujeto en su producción expresa fantasías, temores y deseos, es posible mediante su análisis conocer el dinamismo y organización del aparato psíquico” (Caride de Mizes, 2009, p.1).

En concordancia con lo anterior Corman (1967) hace referencia a la espontaneidad del dibujo en lo niños y lo que allí se pone en juego, mencionando que no solo se revelan aspectos relacionados al intelecto y al modo en que el niño percibe lo real, sino que más bien expone su vida afectiva.

En el acto de dibujar, la hoja de papel, es la pantalla que permite proyectar en ella la representación de imágenes del mundo interno; y la consigna dada al sujeto- si bien

concisa- le da a suficiente libertad como para evocar y elegir determinadas imágenes (Caride de Mizes & Rozzi de Constantino, 1982, p.30).

Anteriormente se mencionó que a la mayoría de los niños se les dificulta expresar verbalmente lo que les sucede y por este motivo es que resultan de gran importancia las técnicas gráficas. Las mismas son consideradas un recurso que permite mejorar la comunicación con el sujeto cuando el mismo presenta fallas en la comunicación verbal y a su vez ofrecen una producción muy cercana al inconsciente (García Arzeno, 1997). La autora destaca que el lenguaje gráfico es más confiable que el verbal ya que el último es un logro más tardío y puede ser más sometido al control consciente del sujeto.

Es pertinente aclarar que las técnicas proyectivas a pesar de generar grandes aportes al proceso diagnóstico pueden presentar limitaciones debido a la escasa confiabilidad que manejan y varios autores remarcan. "(...) se señala la dificultad en la posibilidad de llegar a generalizaciones válidas, o bien se marca la falta de estandarizaciones y normatizaciones suficientes que aumenten sobre todo su confiabilidad" (Sneiderman, 2011, p.94). Además, una de las limitaciones más significativas que presentan las técnicas gráficas refiere a que no permiten el diagnóstico diferencial entre patologías (Caride de Mizes & Rozzi de Constantino, 1982).

En lo que refiere a la interpretación de estas técnicas Hammer (1995) recomienda observar a los gráficos en su totalidad y captar la primera impresión que provoca, teniendo en cuenta las primeras asociaciones y los detalles que más llaman la atención. El autor menciona que comúnmente los individuos depresivos no completan los gráficos o los realizan con gran ausencia de detalles. Del mismo modo expresa que dichas personas realizan trazos débiles o suaves y escaso movimiento en la producción gráfica puesto que es usual que dibujen pocos elementos móviles (personas caminando o corriendo, pájaros volando, árboles meciéndose).

Es posible que el dibujo sea de tamaño pequeño, en muchos casos se observa micrografía (ocupa menos de 12 cm de la hoja), lo cual está ligado a la autovaloración de la persona, el grado de adecuación a su autoestima (Haslop, s/f). Asimismo el emplazamiento del gráfico hacia el margen inferior izquierdo, incluso tomando la base de la hoja para apoyarse, pueden ser indicios de depresión.

El test proyectivo de personalidad elaborado por Machover (citado en Portuondo, 2007) (DFH) tiene como pauta principal solicitarle al niño que dibuje una figura humana y luego de

finalizar con la misma que dibuje otra, pero que en esa ocasión sea del sexo opuesto. En el test es posible observar algunas características o indicadores depresivos, tales como: dibujar cabezas pequeñas o poco énfasis en la misma, boca acentuada u otras veces puede ser omitida, omitir los brazos, las piernas y/o los pies. Querol & Chávez (2005) agregan que en este test es probable que el individuo dibuje personas inclinadas o incompletas y que su autoimagen se encuentre desvalorizada.

Otra técnica proyectiva, que en caso de ser necesaria es administrada a los niños, es el dibujo de la persona bajo la lluvia. Esta prueba apunta al conocimiento de la imagen corporal del niño ante condiciones ambientales desfavorables o desagradables, ya que la lluvia representa un elemento perturbador (Querol & Chávez, 2005). Las autoras destacan que la comparación de esta técnica con el DFH resulta de utilidad ya que en el primero “el individuo no logra mantener su fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes latentes” (p. 12).

Además de los indicadores depresivos ya explicitados, las autoras agregan que comúnmente en lo que respecta a la lluvia, es posible que las personas representen gotas con forma de lágrima, lo que advierte gran angustia. De igual modo el dibujo que es visto desde una perspectiva lejana, da cuenta de que el sujeto puede estar atravesando sentimientos de inferioridad o desvalorización.

En los tests gráficos también es posible dilucidar e identificar los mecanismos de defensa que pone en marcha el sujeto. El mismo despliega variadas formas defensivas para afrontar lo doloroso de los estados depresivos, manifestándose en ciertos síntomas o conductas (Marcelli & Cohen, 2007).

Para Siquier de Ocampo, García Arzeno & Grassano (1987) los mecanismos de defensa constituyen la “mejor solución” que logra el sujeto en las relaciones con sus objetos, son parte de su personalidad y se encuentran presentes en toda forma de percibir y conectarse.

A estos modos estables de preservar el equilibrio de los vínculos con los objetos, apoyados en fantasías y expresados en la conducta manifiesta por modos de percibir y valorizar algunos aspectos de la realidad y del yo y neutralizar otros para evitar el sufrimiento psíquico los denominamos mecanismos de defensa (p. 238).

Las autoras destacan que es importante comprender de forma dinámica los procesos defensivos, es decir, el por qué y para qué de las defensas, su rigidez y variabilidad, así como también la efectividad de las mismas.

Varios autores sostienen que el mecanismo de defensa más utilizado por los niños ante la depresión es la defensa maníaca. En este punto Celener (2007) destaca que este tipo de defensas pueden observarse en los gráficos mediante sonrisas estereotipadas, figuras payaso, objetos que tengan que ver con fiestas, exceso de flores, excesivo movimiento de las figuras humanas y caricaturas (p. 161).

En relación al test de Familia de Corman (1967), en donde se solicita al niño que dibuje una familia, se evidencian dos aspectos a tener en cuenta relacionados a la depresión en el niño: la desvalorización de sí mismo y la eliminación de sí mismo en el dibujo. La primera consiste en que el sujeto aparece tratado desventajosamente frente a los demás miembros de la familia, los cuales se hallan en mejores condiciones que él. La segunda corresponde a la eliminación de sí mismo del dibujo, en donde los casos son más excepcionales debido a que el niño debería estar gravemente deprimido para renunciar a su propia existencia. Si esto sucede es necesario preguntarse en que personaje se ha puesto, ya que con frecuencia el niño no renuncia a su existencia sino que para gozar de la de otra persona, que supone más privilegiada.

Asimismo es posible observar rasgos depresivos en el test H-T-P (casa-árbol-persona). Esta técnica gráfica ideada por Jhon Buck es considerada de gran valor y utilidad ya que “posibilita evaluar la dinámica psíquica en individuos culturalmente diferentes. Y permite obtener información clínica sin despertar vivencias amenazantes” (Haslop, s/f, p.1). La misma consiste en solicitarle al niño que dibuje en primer lugar una casa, luego un árbol y para finalizar una persona, en ese orden y en distintas hojas preferentemente. Las características depresivas en este tipo de gráficos, además de las que se han nombrado anteriormente, pueden ser: personas sentadas o inclinadas perdiendo el equilibrio, árbol talado/cortado o podado y suelo descendente (Rocher, 2016).

Para finalizar con el apartado resulta fundamental destacar que se debe pensar al sujeto como un todo y nunca interpretar rasgos o características de personalidad por un solo signo aislado (Rocher, 2016). A su vez, se debe considerar que, además de la limitada confiabilidad que presentan los tests proyectivos, los indicadores mencionados no son específicos de la depresión infantil, por ende se torna necesario corroborar o complementar con otras técnicas de evaluación.

5. Otras técnicas de evaluación.

Como se menciona en el apartado anterior, se considera importante utilizar otras técnicas de evaluación para recoger los elementos necesarios y lograr una adecuada aproximación al diagnóstico de la patología. En este apartado se explicitarán brevemente las técnicas psicométricas más difundidas y utilizadas que permitan evaluar la depresión en el niño.

Según González (2007) los test psicométricos son instrumentos estructurados en los cuales la persona tiene que escoger entre varias alternativas de respuestas la que se ajuste en mayor medida a su caso particular. Dichas técnicas son utilizadas en la evaluación psicológica como instrumentos que permiten obtener determinada información del sujeto evaluado y crear hipótesis de trabajo que orienten el proceder evaluativo y diagnóstico del profesional.

Además es preciso destacar que los test psicométricos se encuentran debidamente estandarizados y poseen niveles de validez y confiabilidad ratificados. No obstante, según Aiken (2003) este tipo de instrumentos proporcionan resultados válidos solo si se responde de manera consistente y honesta. El engaño intencional, las tendencias a grupos de respuesta, tales como la conformidad, deseabilidad social y la cautela excesiva constituyen factores que afectan la precisión de las respuestas de un inventario. La conformidad alude a la tendencia a estar de acuerdo más que en desacuerdo cuando se duda y la deseabilidad social refiere a la tendencia a responder de una manera que sea más aceptable para la sociedad.

El autor menciona que estos test se diferencian de las técnicas proyectivas en tanto las últimas utilizan materiales o tareas de estímulo que son de contenido relativamente poco estructurado y más flexibles. A su vez hace referencia a que las técnicas proyectivas resultan menos obvias en su propósito por lo tanto se encuentran menos sujetas a la simulación y a los grupos de respuesta antes mencionados. Por otro lado, vale aclarar nuevamente, que a diferencia de los test psicométricos la mayoría de los test proyectivos no logran cumplir con los estándares convencionales de confiabilidad y validez, lo que constituye una de sus limitaciones más significativas.

A continuación se exponen dos cuestionarios que son muy utilizados para evaluar la depresión infantil; el Inventario de Depresión Infantil y el Cuestionario de depresión para niños.

5.1 Inventario de Depresión infantil.

Uno de los cuestionarios que es de utilidad para evaluar la depresión en el niño y que aporta mayor fiabilidad al diagnóstico es el *Inventario de Depresión Infantil* (de aquí en adelante CDI) de Kovacs y Beck. El mismo fue el primer inventario elaborado en el año 1977 para evaluar la depresión infantil, además de ser el más conocido y utilizado alrededor del mundo (Del Barrio, 2002).

El cuestionario consta de 27 ítems, aplicable desde los 6 a los 17 años de edad y se administra en un tiempo estimado de 10 a 20 minutos. Puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como autoinforme, así como también por los adultos de referencia. Es pertinente aclarar que cada uno de los ítems posee una enunciación en tres frases diferentes, las cuales serán puntuadas del 0 al 2 "(...) de las posibles elecciones, en una se refleja la normalidad, en otra la severidad del síntoma y, en la tercera, el trastorno clínicamente más significativo" (Mesa, Pedreira & Rodríguez-Sacristán, 1998, p.380). Por lo tanto si ocurre que la puntuación del niño es alta, la intensidad de la sintomatología depresiva será mayor, teniendo en cuenta que 19 es el punto de corte para la población normal.

A continuación se expone el primer ítem y su correspondiente puntuación con el objetivo de ejemplificar lo antes mencionado.

- Estoy triste algunas veces. 0
- Estoy triste frecuentemente. 1
- Estoy triste siempre. 2

El CDI fue adaptado al español y denominado "*Cuestionario español para la depresión infantil*" por Rodríguez-Sacristán & Cardoze en el año 1982 (citados por Mesa, Pedreira & Rodríguez-Sacristán, 1998). Los autores optaron por modificar la estructura y presentación del test ya que se aplica un cuestionario diferente al original que depende de la franja etaria por la cual curse el niño: uno de 19 ítems para los niños de 5 a 10 años y otro constituido por 16 ítems para los niños/adolescentes de 11 a 16 años. Los mismos evalúan: el sueño, la alimentación, irritabilidad, tristeza, aislamiento social, sentimientos de fracaso, fatigabilidad, dificultades y actitud en la escuela, autoimagen, quejas somáticas, conductas suicidas y culpabilidad.

La última edición del inventario, denominada *CDI-Short*, fue elaborada por Kovacs (1992) y consta de 10 ítems que fueron seleccionados como “representativos y suficientes para cubrir los criterios diagnósticos que permitan una identificación de sintomatología depresiva en niños” (Del Barrio, 2002, p.265). El mismo presenta buenas características psicométricas y se lleva a cabo en menor tiempo que el original, de 5 a 10 minutos, y los enunciados se presentan de la misma manera que el original. La autora reconoce que al concretar el inventario en pocos minutos la población en cuestión adquiere cierto beneficio, ya que con ello se reduce también el tiempo de atención y concentración requerido.

5.2 Cuestionario de depresión para niños.

Otra técnica de evaluación que a pesar de ser menos utilizada que la anterior resulta pertinente mencionar es la denominada *Children’s Depression Scale* (Cuestionario de depresión para niños) cuyos autores fueron Lang y Tisher en 1978. El mismo fue adaptado al español por Seisdedos (2014) y permite realizar “una evaluación global y específica de la depresión en los niños, atendiendo a múltiples indicadores que permiten captar la heterogeneidad de las manifestaciones depresivas” (p.10).

El cuestionario se encuentra constituido por 66 ítems que se llevarían a cabo en un tiempo estimado de 30 a 40 minutos y se debe aplicar a partir de los 8 años de edad hasta los 16. En este punto se puede observar una de las debilidades del test en lo que refiere a su administración, ya que es probable que el niño no permanezca concentrado durante un periodo de tiempo tan prolongado.

Esta técnica se divide en 8 sub escalas que intentan clarificar la sintomatología del niño indagando diferentes aspectos, tales como: la respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte o la salud, sentimientos de culpabilidad y ánimo (Seisdedos, 2014). El cuestionario se encuentra constituido por enunciados, a continuación algunos ejemplos:

- Frecuentemente estoy en descontento conmigo mismo.
- Me siento solo muchas veces.
- Pienso que nadie se preocupa por mí.

Los mismos se encuentran escritos en tarjetas, las cuales el niño evaluado introducirá en una de las 5 cajas que se encuentra a su disposición, según el grado de acuerdo o

desacuerdo con el enunciado. Las cajas van desde el 1 “Muy en desacuerdo” hasta el 5 “muy de acuerdo” (Del Barrio, 1997).

En relación a las puntuaciones, en primer lugar se trabaja con las puntuaciones directas y luego son transformadas a percentiles, debido a que las primeras no son interpretables. Las características psicométricas del cuestionario son buenas y es posible que se administre tanto en el ámbito clínico como en contextos educativos.

Su ámbito de aplicación es amplio puesto que por sus características es muy adecuado para evaluar la sintomatología depresiva de los alumnos en contextos educativos, aunque también es muy útil en contextos clínicos para obtener un perfil diferenciado de las manifestaciones concretas de la sintomatología de cada caso, lo que permite afinar en el diagnóstico y diseñar el plan de intervención (Seisdedos, 2014, p. 11).

Los cuestionarios que se abordaron en este apartado se consideran de suma importancia debido a que aportan información necesaria y relevante respecto al diagnóstico de depresión en el niño. Cuando este proceso finaliza se deben tener en cuenta el o los tratamientos/abordajes necesarios para cada sujeto.

6. Tratamientos y abordajes.

Como se menciona anteriormente, al culminar el proceso diagnóstico resulta necesario considerar los tratamientos o abordajes posibles y adecuados para cada patología y cada niño. En este apartado se abordarán las terapias más utilizadas en lo que refiere al tratamiento de la depresión infantil, desde marcos teóricos cognitivo-conductuales y psicoanalíticos.

Carballo *et al.* (2010) aporta que el tratamiento en cuadros depresivos debe tener como objetivos disminuir el impacto de los síntomas en el funcionamiento del niño, reducir el riesgo de aparición de comorbilidad y recaídas, así como también acortar la duración del episodio.

Del Barrio (1997) menciona que, naturalmente, cada terapeuta escoge su modo de operar en relación al tratamiento sin embargo el marco teórico del cual se trabaja es lo que determina la modalidad del mismo. La autora afirma que, en líneas generales, la terapia empleada en el tratamiento de la depresión infantil puede poseer similitudes respecto a las

que se utilizan en el adulto, sin embargo es necesario considerar algunas cuestiones relevantes.

Básicamente las líneas maestras de la terapia de la depresión infantil son las mismas que las de la adulta, pero las estrategias concretas a seguir han de adaptarse a la edad, motivaciones e intereses del niño, que difieren sensiblemente de los del adulto. El terapeuta infantil ha de tener en cuenta la capacidad restringida de los niños para razonar y para manejar conceptos abstractos (p.112).

Varios autores hacen hincapié en la comunicación con los referentes del niño teniendo en cuenta que es muy importante explicarles acerca del diagnóstico y tratamiento que se llevará a cabo. Desde un enfoque cognitivo Del Barrio (1997) entiende que se debe convenir con ellos las acciones a seguir debido a que la mayor parte de los casos requieren de su colaboración “casi todas las modalidades de terapias infantiles incluyen la realización de tareas en casa (...) se considera que el tiempo entre dos sesiones es demasiado largo para tenerlo vacío” (p.110).

Un aspecto que resulta crucial para la autora es la comunicación al niño por parte de los padres de que concurrirá al psicólogo “para producir en él una actitud positiva hacia la evaluación y acción terapéutica” (p.109). Se recomienda que se le comunique al niño a que profesional va a concurrir, cual es la persona que le va a atender así como también cuales son las razones de este encuentro, el lugar y las ventajas del mismo.

Prosiguiendo con la autora, menciona que el tipo de intervención elegida dependerá de cada caso o proceso, las alternativas más comunes son; con el niño a solas, sólo con los padres del niño deprimido, con los padres y el niño juntos o por separado, y en grupo de niños que se encuentren cursando la misma patología.

6.1 Terapia cognitivo-conductual.

A pesar de que la terapia conductual se encuentre inmersa dentro de un marco teórico diferente al de la terapia cognitiva, el tratamiento más utilizado y evaluado en lo que refiere a la depresión infantil corresponde a la conjunción de ambas (Del Barrio, 1997).

La autora menciona que desde la terapia estrictamente conductual, la depresión se entiende como la extinción de determinada conducta adaptativa por falta de refuerzos por lo tanto el tratamiento se enfoca en estimular y aumentar todas las conductas que le sean

agradables al niño e inhibir las que tienden a mantener el ánimo deprimido. Mientras que, la teoría cognitiva considera que el pensamiento dirige y guía la conducta del niño de modo que el tratamiento se focaliza en el cambio de ideas, juicios y atribuciones apoyándose en determinadas estrategias que se exponen más adelante.

Asimismo se destaca que generalmente los niños deprimidos presentan ideas negativas sobre sí mismos y su entorno por ende “La metas de todas estas técnicas es estimular el cambio de ideas, creencias y atribuciones, sustituyendo las de carácter negativo por otras positivas acerca de sí mismo, del mundo y del futuro” (Del Barrio, 1997, p.115).

A continuación se mencionan brevemente las técnicas más utilizadas comenzando por las de corte conductual (Entrenamiento en habilidades sociales, Plan de actividades y Técnicas de relajación) y seguidas por las cognitivas (Reestructuración cognitiva, Estilo atributivo y Solución de problemas).

Entrenamiento en habilidades sociales: Según Motta (s/f) en la medida en que una persona se relaciona de forma adecuada con otros recibe reforzamiento social positivo, lo cual aumenta la autoestima del individuo, que resulta de gran importancia y se encuentra estrechamente relacionada con la depresión infantil. En cambio, cuando las relaciones con los demás están determinadas por la inhibición o ansiedad ocurre lo contrario, por ende desarrollar y reforzar habilidades sociales es una de las estrategias que resulta de mucha utilidad.

Se promueve la adquisición o mejora de habilidades comunicativas, desde la iniciación de una conversación, la realización de preguntas, hasta el término de la misma (Motta, s/f). Además Del Barrio (1997) menciona que mediante juegos o role-playing se logra que el niño incremente el vocabulario y su capacidad de escucha a los demás, para que el mismo pueda aplicarlo en su vida cotidiana.

Asimismo se propicia el trabajo y entrenamiento de la asertividad, Matson (citado por Del Barrio, 1997) en estos casos utilizaba la estrategia de presentarle al niño las situaciones adecuadas e inadecuadas empleando viñetas.

Plan de actividades: Esta técnica refiere a la programación de actividades cotidianas del niño y el orden de sus rutinas. Se debe tener en cuenta el conocimiento previo y detallado sobre las mismas así como también de su tiempo disponible, los recursos económicos de la familia y las ofertas del entorno social-escolar. Dicha información se obtiene a través del niño, de los padres o referentes y maestros (Del Barrio, 1997).

Según Motta (s/f) se incluyen actividades de autocuidado, académicas, recreativas y además se proponen actividades que al niño le resulten placenteras, con el fin de incrementar la motivación y el bienestar del mismo.

Técnicas de relajación: Las técnicas de relajación actúan “mediante el control de la ansiedad del sujeto deprimido y proporciona en este una sensación de bienestar y de autoeficacia que son muy positivas” (Del Barrio, 1997, p. 119). La ansiedad se encuentra relacionada a la depresión, de hecho, la depresión cursa en muy pocos casos sin ansiedad, por lo tanto es conveniente entrenar a los niños en técnicas de relajación.

La autora menciona que las técnicas que se utilizan varían en relación a la edad del niño. En edades más tempranas se enfoca el trabajo a través de imitaciones posturales y en edades más avanzadas, aproximadamente a partir de los 6 años desarrollan técnicas de control, como la contracción y la relajación muscular. Es habitual que para culminar estas sesiones se utilice la imaginación, ya que se ha convertido en una estrategia que obtiene resultados positivos a partir de los 3 años de edad.

Una técnica interesante que proponen Friedberg & McClure (2005) es la de “diez velas”. En la misma se le indica al niño que imagine diez velas prendidas y luego recibe la instrucción de apagar una vela cada vez que expulse el aire. De esta manera se tiene en cuenta que la forma de soplar cuando apagamos una vela coincide con la forma de inhalar y exhalar aire en el entrenamiento en relajación y por este motivo resulta útil.

Reestructuración cognitiva: La reestructuración cognitiva es una técnica que tiene como finalidad aplacar las ideas negativas que posee el sujeto deprimido de sí mismo y su entorno. Esto se lleva a cabo mediante el aprendizaje de habilidades que le permiten al sujeto moderar y cuestionar esos pensamientos, por ejemplo mediante interrogantes: ¿Cuál es la evidencia de esa idea? ¿Qué puntos de vista alternativos existen? ¿De que me sirve tener esa creencia? (Vázquez, 2008).

A través de la reestructuración cognitiva se logra identificar los pensamientos negativos para luego promover otros más adaptativos y positivos. En caso de los niños se recomienda el uso de materiales gráficos y dibujos que visualicen lo que el psicólogo se proponga, ya que la técnica puede resultar compleja para dicha población (Del Barrio, 1997).

Estilo atributivo: Para la autora, los sujetos deprimidos tienden a atribuir a los acontecimientos negativos causas internas, y a los acontecimientos positivos causas externas. Por consiguiente la estrategia de esta terapia consiste en cambiar este estilo atributivo presentándole al niño explicaciones alternativas que resulten más adaptativas. Por ejemplo, se exponen al niño situaciones hipotéticas que mantengan algún tipo de relación

con su conducta y luego se le solicita que explique el hecho. Si lo hace mediante el estilo atributivo típico de las personas deprimidas “Porque todo me sale mal” “Porque no sirvo para eso” la terapeuta trata de exponer explicaciones alternativas que mejoren la respuesta original del niño.

Solución de problemas: Esta técnica implica el análisis de un problema para luego buscar la solución adecuada para el mismo. La estrategia más utilizada aplicada a los niños incluye la narración de historias y del problema a resolver para luego valorar las posibles soluciones (Del Barrio, 1997).

Se siguen pasos que incluyen la identificación y definición del problema, la generación de alternativas de solución, la evaluación de las alternativas planteadas, la selección de las más pertinentes, la ejecución de las mismas y la evolución de los resultados obtenidos tras la implementación (Motta, s/f, p.27-28).

6.2 Abordajes psicoanalíticos.

La terapia psicoanalítica pretende la resolución del conflicto psíquico que origina la depresión infantil, volviendo consciente lo inconsciente. Generalmente este tipo de terapia aplicada al mundo infantil, se lleva a cabo mediante el juego, que constituye una de las vías regias para acceder a los conflictos infantiles. Otra de las estrategias que se utilizan a menudo es el análisis de los sueños (Del Barrio, 1997).

Freire de Garbarino (2017) menciona que dentro de los diferentes medios de investigación del psiquismo infantil, el juego resulta ser el más adecuado y útil ya que el niño habla a través del mismo “el jugar del niño es su forma de lenguaje, su modo de expresión más auténtico y directo” (p.141).

Además la actividad lúdica es efecto de pensamientos inconscientes por ende es importante leer el mensaje inconsciente, tratando de descifrar uno por uno los elementos que se escriben en la escena ya sean figurativos, plásticos o expresados con palabras (Labos, 1998, p.312).

En cuanto al enfoque terapéutico Marcelli & Cohen (2007) destacan que resulta fundamental que el niño y el medio familiar acepten el hecho de iniciar un tratamiento y que sean capaces de mantener la suficiente estabilidad para llevar a cabo el mismo eficazmente. Estos autores distinguen las distintas posturas de los padres o referentes del

niño ante la enunciación del posible diagnóstico de su hijo. Por un lado se encuentran los padres que se sensibilizan y reconocen el sufrimiento del niño desde la empatía, sucede que a menudo encuentran ellos mismos la respuesta de lo que le sucede a su hijo. Este reconocimiento puede tener un valor terapéutico importante. Por otro lado se hallan los referentes que niegan el sufrimiento y las necesidades del niño de modo que se torna necesario el planteo de enfoques psicoterapéuticos para el niño, el grupo familiar y/o el entorno.

Para Dio Bleichmar (2005) en el caso de incluir a los padres en el proceso terapéutico, el mismo debe centrarse en las interpretaciones y calificaciones que los padres realizan sobre la conducta del niño, pues en reiteradas ocasiones lo hacen sin entender el motivo por el cual el niño actúa de esa manera. A este tipo de atribuciones e interpretaciones Bleichmar (citado en Dio Bleichmar, 2005) las denomina “creencias matices pulsionales” y explica que “(...) gobiernan la subjetividad, definen e comportamiento por medio de enunciados identificatorios que moldean la subjetividad del infante (...) y tienen una fuerte carga emocional” (p.90).

Para la autora uno de los principios básicos del trabajo terapéutico con los padres es el intentar ampliar la capacidad de los mismos de atribuir significados al comportamiento o reacciones de los niños. Además menciona que es de importancia el análisis del síntoma del niño intentando entender lo que siente el mismo, como sus sentimientos afectan o generan determinadas conductas, y que tipo de respuestas pueden llegar a ser útiles o perturbadoras.

Según Bleichmar (1997) el modelo analítico a seguir en los casos de depresión consiste en:

(...) primero, localizar el sector que, para ese paciente en particular, y para ese momento de análisis, constituye el área prevalente que contribuye a crear el presente sentimiento de impotencia y desesperanza (...) para luego remontarnos a trabajar los factores y condiciones que ocasionan la patología del sector que hemos considerado pertinente (p.66).

A su vez hace hincapié en que para lograr “desmontar” un trastorno depresivo se debe tener en cuenta la relación que mantienen los elementos que lo componen y en especial conocer los factores que sostienen su funcionamiento actual.

A pesar de que la terapia cognitivo-conductual es la más utilizada y estudiada entre los tratamientos de la depresión, varios autores insisten en la eficacia de la terapia psicoanalítica. Target & Fonagy (1994) realizaron un estudio sobre la eficacia de este tipo de tratamiento en niños que desarrollaron trastornos emocionales, incluida dentro de los mismos la depresión. La muestra se extrajo de 763 archivos de tratamientos del Centro Anna Freud, 93 de estos casos presentaban un diagnóstico de depresión mayor o distimia. Los resultados obtenidos fueron positivos ya que el 72% de los casos logro una mejoría considerable a través del tratamiento psicoanalítico, mientras que el 24% seguía presentando algún diagnóstico.

7. Consideraciones finales.

En el presente trabajo monográfico se realizó un recorrido teórico sobre la depresión infantil, en el cual se hizo referencia al diagnóstico de la patología y su tratamiento, desde marcos teóricos psicoanalíticos y cognitivos prioritariamente.

Resulta pertinente mencionar que la escasa producción bibliográfica al respecto en nuestro país fue un aspecto que motivó a realizar este trabajo final. El mismo pretende informar y concientizar sobre el incremento de esta patología a los padres o referentes, así como también a los profesionales de la salud que se encuentran en contacto con niños, con el fin de prevenirla o detectarla precozmente.

En el transcurso de este trabajo se pretendió exponer la heterogeneidad que puede presentar el diagnóstico de la depresión infantil teniendo en cuenta las particularidades respecto a la depresión en el adulto. Es importante destacar que determinadas manifestaciones depresivas se encuentran vinculadas a períodos evolutivos del desarrollo normal del niño, en donde el mismo puede experimentar sentimientos de tristeza o acontecimientos que tengan valor de pérdida o duelo sin que resulte patológico. La depresión se torna patológica cuando es prolongada en el tiempo, recurrente y se detecta ante circunstancias inapropiadas.

Según varios autores (Cabrera & Jiménez, 1999; Marcelli & Cohen, 2007; Polaino Lorente, 1988) un aspecto a considerar es la estrecha relación que se mantiene entre la depresión infantil y el rendimiento escolar ya que el descenso del mismo puede tornarse indicador o consecuencia de dicho cuadro. Además se dedica un apartado a la relación entre las conductas suicidas en la infancia (en niños la más frecuente es la ideación suicida) y la patología, la cual es avalada por varios estudios (Viñas & Domenech, 1999; Córdoba, 2016) y resulta conveniente tener en cuenta.

Un punto a destacar es que la depresión infantil continúa siendo una entidad infradiagnosticada, y esto resulta preocupante, ya que es un cuadro complejo que genera sufrimiento en el niño y su entorno, además del considerable riesgo de recidivas que conlleva padecer un cuadro depresivo en la niñez. Es por este motivo que se exige a los profesionales de la salud estar sumamente capacitados y actualizados para reconocer y abordar esta patología oportunamente.

Por último, considero importante mencionar que el principal objetivo respecto a esta monografía se concretó. El mismo se centró en informar acerca del diagnóstico de la depresión infantil, su evaluación mediante diferentes técnicas, los tratamientos más utilizados y algunos aspectos relevantes a tener en cuenta. La concreción del mismo implicó mucho aprendizaje, desde la elección del tema, la selección y jerarquización de información y el análisis de la misma para arribar a las conclusiones finales. Del mismo modo entraron en juego ansiedades, temores, altibajos, satisfacciones e interrogantes que se fueron conjugando durante el desarrollo del trabajo permitiendo el crecimiento personal y un cierre relevante a esta etapa formativa tan significativa.

Referencias bibliográficas:

- Aiken, L. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. México: Pearson Educación.
- Anquines, C. (2013). *Temas de Psiquiatría*. Montevideo: Fefmur.
- Arenas-Landgrave, P., Lucio-Gómez, E. & Forns, M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y Evaluación Psicológica* (en línea). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=459645437004>
- Arfouilloux, J. (1986). *Niños tristes. La depresión infantil*. México: Fondo de Cultura Universitaria.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bella, M., Fernández, R. & Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de Pediatría*. 108 (2).
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Cabrera, L. & Jiménez, A. (1999). Depresión infantil y rendimiento académico: un estudio comparativo entre casos y controles. *Revista de Investigación Educativa*. 17 (1). 89-106.
- Cajigas-Segredo, N., Kahan, E., Luzardo, M. & Ugo, M. (2010). Depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad. *Revista Ciencias Psicológicas*. 6 (2). 149-163.
- Carballo, J., Figueroa, A., García, I., Soutullo, C. & Zalsman, G. (2010). Trastornos Depresivos. En AEPNYA Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. C. Soutullo, M. Mardomingo (Coord.), *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. (p.145-156). Madrid:Editorial Médica Panamericana.

- Caride de Mizes, M. & Rozzi de Constantino, G. (1982). *Técnicas gráficas en la evaluación de la personalidad. (Un enfoque clínico)*. Buenos Aires: Tekné.
- Caride de Mizes, R. (2009). Aportes para la interpretación de las técnicas gráficas. Recuperado de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2009/Modulo_4_Caride.pdf?sequence=1
- Celener, G. (2007). *Técnicas proyectivas: actualización e interpretación en los ámbitos clínico, laboral y forense*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Córdoba, R. (2016). Suicidio en niños y adolescentes. *Revista Biomedica*. 36 (3). Recuperado de: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3614/3337>
- Corte, P. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la adolescencia*. Galicia: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Cuervo, A. & Bouquet, R. (2007). Tristeza, depresión y Estrategias de autorregulación en niños. *Tesis psicológica*. (2) .35-47.
- De Ajuriaguerra, J. (1996). *Manual de Psiquiatría infantil*. Barcelona: Masson, S.A.
- Del Barrio, V., Frías, D., Mestre, V. & Garcia Ros, R. (1992). Estructura familiar y depresión infantil. *Anuario de Psicología*. (52). 121-131.
- Del Barrio, V., Frías, D. & Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de psicología General y Aplicada*. 47 (4). 471-476.
- Del Barrio, V. (1995). La depresión en la escuela. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/28122267_La_depresion_en_la_escuela
- Del Barrio, V. (1997). *Depresión Infantil. Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel, S.A.
- Del Barrio, V. (2001). Avances en depresión infantil y juvenil. *Revista Información psicológica*. (76). 3-23.

- Del Barrio, V., Roa, M., Olmedo, M. & Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*. 3. 263-272.
- Del Barrio, V. (2010). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. *Información psicológica*. (100). 49-59.
- Delval, J. (2006). *Aprender en la vida y en la escuela*. Madrid: Morata.
- Diez Zamorano, M. (2003). Análisis bibliométrico sobre depresión infantil en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 3 (3). 645-653
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. México: Paidós.
- Fernández Siendones, C. (2006). La depresión infantil: actualización 2003 – 2006. Barcelona: Centro Londres 94. Recuperado de: <http://www.centrelondres94.com>
- Freire de Garbarino, M. (2017). La entrevista de juego. *Revista uruguaya de psicoanálisis*. 137-173.
- Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Paidós.
- García Arzeno, M. (1997). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Garibay-Ramírez, J., Jiménez-Garcés, C., Vieyra-Reyes, P., Hernández-González, M., Villalón-López, J. (2014). Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. *Revista de Medicina e Investigación*. 2(2). 107-111.
- Gold, N. (2015). Pereira Rossell atiende un intento de suicidio infantil cada cinco días. *El Observador*. Recuperado de: <http://www.elobservador.com.uy/pereira-rossell-atiende-un-intento-suicidio-infantilcada-cinco-dias-n653633>
- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Ed Ciencias Médicas.

González, N. (2018). Autoestima, Optimismo y Resiliencia en Niños en Situación de pobreza. *Revista Internacional de Psicología*. 16 (1). 1-119.

Hammer, E. (1995). *Tests Proyectivos gráficos*. México: Paidós.

Haslop, A. (s/f). H.T.P. (Acromático – No integrado). Recuperado de: <https://tuvntana.files.wordpress.com/2016/05/el-test-de-htp-acromc3a1tica-no-integrado.pdf>

Hein, P. & González, V. (2017). El suicidio en Uruguay. En Larrobla, C., Hein, P y cols, 70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. (169-194). Montevideo: rojo SRL.

Klein, M. (1944). La vida emocional y el desarrollo del yo del niño, con especial referencia a la posición depresiva. Recuperado de: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Klein.pdf>

Labos, E. (1998). Niños en Psicoanálisis. Recuperado de: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Labos.pdf>

Loubat, M., Aburto, M., & Vega, M. (2008). Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de psicólogos que Trabajan en Cosam de la Región Metropolitana. *Terapia Psicológica*. 26 (2). 189-197.

Marcelli, D. & Cohen, D. (2007). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.

Méndez, F. (2002). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. España: Pirámide.

Mesa, P., Rodríguez-Sacristán, A., Pedreira, J. y Rodríguez-Sacristán, J. (1998). Documentos útiles para el diagnóstico y la evaluación en psicopatología infantil. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente*. (p 343-406). Sevilla: Imprenta Antonio Pinelo.

Mitjans, M. & Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas?. *Actas Esp Psiquiatría*. 40 (2). 70-83.

- Morais dos Santos, R. & Batista de Melo, B. (2016). Tendencia suicida en niños accidentados. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 36 (3). 571-583.
- Moreno, J., Escobar, A., Vera, A., Calderón, T. & Villamizar, L. (2009). Asociación entre depresión y rendimiento académico en un grupo de niños de la localidad de Usaquén. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 3 (1). 131-156.
- Motta, L. (s/f). Protocolo de Intervención Psicológica en Niños y Niñas con Diagnóstico de depresión Infantil. Recuperado de: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/2324/2/Prpt%20de%20Inter.pdf>
- Noguerol, V. (1997). Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil. En Martínez, C., Díaz, J. & Casado, J. *Niños maltratados*. (p 177-182). Madrid: Díaz de Santos.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2018) Centro de prensa. *Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Palacios, X., Barrera, A., Ordóñez, M. & Peña, M. (2007). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. *Avances en psicología Latinoamericana*. 25 (2). 40-62.
- Polaino Lorente, A. (1998). Los trastornos afectivos en la infancia. Las depresiones infantiles. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente*. (p 655-688). Sevilla: Imprenta Antonio Pinelo.
- Polaino-Lorente, A. & cols. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Portuondo, J. (2007). *La figura humana: Test proyectivo de Karen Machover*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Querol, S. & Chávez, M. (2005). *Test de la persona bajo la lluvia*. Buenos Aires: Lugar.

- Rocher, K. (2016). *Casa Árbol Persona. Manual de Interpretación del test*. Argentina:Kaicron.
- Rodríguez, H., García, I, 6 Ciriacos, C. (2005). Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Rev Med Uruguay*. 21(2), 141-150.
- Sánchez, O. & Méndez, F. (2009). El optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente. *Revista Clínica y Salud*. 20 (3). 273-280.
- Seisdedos, N. (2014). Cuestionario de depresión para niños. Recuperado de: http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/CDS_extracto_MANUAL_Web.pdf
- Siquier de Ocampo, M., García Arzeno, M. & Grassano, E. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Sneiderman, S. (2011). Consideraciones acerca de la confiabilidad y validez en las técnicas proyectivas. *Revista Subjetividad y Procesos cognitivos*. 15 (2). 93-110.
- Target, M. & Fonagy, P. (1994). Efficacy of Psychoanalysis for Children with Emotional Disorders. *Acad . Child Adolesc. Psychiatry*.33 (3). 361-371.
- Ulloa, F. (1993). Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes. *Rev. Chil. pediatr*. 64 (4). 272-279. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v64n4/art06.pdf>
- Vázquez, C. (2008). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis.
- Viñas, F. & Doménech, E. (1999). Variables predictoras de la ideación suicida en la población escolar infantil. *Infanto: Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*. 7 (1). 5-17.
- Viola, L., Garrido, G. & Varela, A. (2008). Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños uruguayos. Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina. Recuperado de: http://tdahlatinoamerica.org/documentos/articulosnuevos/125_Gabriela_Libro_0920_08%5B1%5D.pdf

Anexos:

Enunciados del **Inventario de depresión infantil CDI-Short.**

- 1- Estoy triste siempre.
- 2- Nunca me saldrá nada bien.
- 3- Todo lo hago mal
- 4- Me odio
- 5- Tengo ganas de llorar todos los días
- 6- Las cosas me preocupan siempre
- 7- Me siento solo siempre
- 8- Soy feo
- 9- No tengo amigos
- 10- Nadie me quiere