

DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO, Y ABORDAJE

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Juan Pablo Rojas Alonso

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento.

Facultad de Psicología y Logopedia.

Universidad de La Laguna.

Fecha defensa TFG: Mayo de 2024.

Tutorizado por Pablo García Medina

Curso Académico 2023-2024

Resumen

Se realiza una revisión de los resultados más relevantes sobre la depresión infanto-juvenil que han surgido en los últimos 20 años. Se revisan bases de datos de la Academic Search Complete, PsycARTICLES, PsyScopus, PsycINFO, PubMed/Medline, y la Fuente Académica Plus (PRISMA, 2004-2024). Se extraen las siguientes conclusiones:

La depresión infanto-juvenil es un trastorno frecuente y persistente de origen multifactorial, con sintomatología y signos variados dependiendo de la etapa evolutiva. Sus causas se pueden explicar por diversas razones atendiendo a una perspectiva biopsicosocial, aunque el mayor porcentaje de varianza explicada de su etiología parece encontrarse en los factores de origen ambiental.

Esta psicopatología presenta una tasa elevada de comorbilidad con otros trastornos, siendo una de las hipótesis el no haber atendido adecuadamente la presencia de depresión o ansiedad.

Se considera necesario, el diseño de procedimientos destinados a la evaluación, diagnóstico e intervención, centrados en las características de esta población, en lugar de utilizar categorías y estrategias de intervención de estudios extrapolados de la población adulta, debido las especificidades de esta población, y la influencia de factores moduladores importantes como el desarrollo del lenguaje y del nivel de desarrollo intelectual, así como los procesos de aprendizaje, entre otros.

Finalmente, se comprueba la eficacia de los tratamientos basados en la evidencia científica de corte cognitivo conductual y de psicoterapia interpersonal, tanto en su tratamiento como en su utilización para la prevención e intervención.

Palabras clave: Depresión infanto-juvenil, comorbilidad con ansiedad, evaluación psicológica, diagnóstico, tratamiento.

Abstract

A review is made of the most relevant results on child and adolescent depression that have emerged in the last 20 years. Databases from Academic Search Complete, PsycARTICLES, PsyScopus, PsycINFO, PubMed/Medline, and the Academic Source Plus (PRISMA, 2004-2024) are reviewed. The following conclusions are drawn:

Childhood and adolescent depression is a frequent and persistent disorder of multifactorial origin, with varied symptoms and signs depending on the stage of development. Its causes can be explained by various reasons from a biopsychosocial perspective, although the greatest percentage of explained variance in its etiology seems to be found in factors of environmental origin.

This psychopathology presents a high rate of comorbidity with other disorders, one of the hypotheses being the failure to adequately address the presence of depression or anxiety.

It is considered necessary to design procedures for assessment, diagnosis and intervention, focused on the characteristics of this population, instead of using categories and intervention strategies from studies extrapolated from the adult population, due to the specificities of this population, and the influence of important modulating factors such as language development and the level of intellectual development, as well as learning processes, among others.

Finally, the efficacy of treatments based on scientific evidence of cognitive-behavioral and interpersonal psychotherapy, both in their treatment and in their use for prevention and intervention, is endorsed.

Keywords: Childhood and adolescent depression, comorbidity with anxiety, psychological assessment, diagnosis, treatment.

Introducción

Tradicionalmente, se ha asociado la depresión a una psicopatología de la adultez, la cual incluye síntomas como: estado de ánimo decaído, tristeza profunda, desánimo por realizar actividades cotidianas, etc. No obstante, la depresión es una realidad también en la población infanto-juvenil. Siempre ha existido, pero ha pasado desapercibida por numerosos expertos; y por tanto, su estudio ha sido menor comparado con la etapa de la adultez. Asimismo, la depresión ha sido y sigue siendo compleja en su detección, debido a que se puede enmascarar a través de otras conductas (berrinches, rabietas, mal comportamiento, aislamiento social, entre otros) (Teva & Dearos, 2019).

Este trabajo resulta relevante por la falta de información que se tiene actualmente sobre este trastorno en esta población, y su posible relación comórbida con otras psicopatologías como los trastornos pertenecientes a la categoría de la ansiedad o la categoría de los trastornos de conducta.

Según Sanz & García-Vera (2020), muchos educadores tienen creencias erróneas sobre la depresión infanto-juvenil (p.ej. considerar que se trata de una enfermedad mental, o creer que la psicoterapia es un método inefectivo). Estas falsas creencias, promovidas por los medios de comunicación, acaban contribuyendo a que el niño o adolescente no reciba un tratamiento adecuado.

Tras la recopilación de 49 trabajos publicados en los últimos 20 años (2004-2024) en fuentes de datos como Academic Search Complete, PsycARTICLES, o PsyScopus, se ha observado que estas creencias son contrarias a los conocimientos que aporta la literatura científica actual. Algunos de estos estudios, nos informan de los siguientes datos (Sanz & García-vera, 2020; Martínez-Martín, 2014):

- La depresión infanto-juvenil es un trastorno mental, no una enfermedad. Su origen biológico es solo una hipótesis.

- La psicoterapia, especialmente la Terapia Cognitivo-Conductual y la Psicoterapia Interpersonal, pueden tratarla y es preferible a la medicación.
- A pesar de su gravedad y su impacto en el desarrollo, rendimiento escolar y relaciones, a menudo se encuentra sin diagnóstico o tratamiento.
- En adolescentes, se asocia con trastornos de conducta, y es un factor de riesgo de suicidio.
- Si no se trata, puede persistir hasta la edad adulta.

¿Qué es la depresión infanto-juvenil?

La depresión infanto-juvenil, es un trastorno que afecta a la salud mental de niños/as y adolescentes en diferentes esferas de su vida. Al contrario de la sintomatología adulta, caracterizada principalmente por sentimientos de tristeza profundos o de vacío persistentes, en la población infantil, pueden aparecer otros síntomas más característicos: irritabilidad, rabietas frecuentes, entre otros. Algunos aspectos en común, son la pérdida de interés y/o pérdida de energía en realización de actividades, dificultades de concentración y retención de información, cambios en la higiene del sueño, o cambios en el apetito y/o peso (Teva & Dearos, 2019).

Partiendo de las definiciones de diferentes autores (Del Barrio, 1997; Teva y Dearos, 2019), podemos definir este constructo como un trastorno mental, en el cual el niño o adolescente, presenta alteraciones caracterizadas por un estado de ánimo deprimido o irritable, así como otros síntomas o signos a nivel cognitivo (concentración, toma de decisiones), emocional (falta de energía, fatiga), o fisiológico (apetito, peso, sueño), que por su intensidad, duración, frecuencia, y el malestar significativo a nivel clínico que conlleva, se encuentran fuera de la normalidad.

Por tanto, es necesario recalcar, que la depresión es un trastorno común que puede afectar a la salud mental infanto-juvenil, al contrario a las creencias populares. No es una etapa normal del desarrollo humano, ni una enfermedad transitoria. Ante las primeras señales, es crucial buscar ayuda de un profesional cualificado.

¿Cuáles son sus síntomas y signos? ¿Cómo podemos detectarla?

Es muy frecuente que si un niño/adolescente presenta depresión también padezca ansiedad, debido a su alta tasa de interacción, y debido a la presencia de síntomas compartidos: sentimientos de angustia frecuentes y constantes, pensamientos negativos e intrusivos, preocupaciones recurrentes, entre otros (Teva & Dearos, 2019).

De hecho, diferentes autores indican que ambos trastornos suelen concurrir, afectando al desarrollo evolutivo (Teva & Dearos, 2019; García Medina et al., 2012). Dando cuenta de tasas altas y superiores con prevalencia para ambos trastornos superiores al 50% (APA, 2022; Teva & Dearos, 2019). Por ejemplo, es común observar comorbilidad con los trastornos de eliminación (encopresis y enuresis) en edades muy tempranas (antes de los siete años); o con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno negativista desafiante, o los trastornos de ansiedad, tanto en edades muy tempranas (antes de los siete años) como tempranas (desde los siete años hasta la pubertad).

Entre el grupo de síntomas y signos más frecuentes en niños/as de hasta siete años, destacan la presencia de rabietas o berrinches frecuentes con llanto inexplicado, o la dificultad en el desarrollo y gestión de sus emociones, con expresiones inexpresivas o indiferentes. Asimismo, se puede observar falta de concentración y disminución del rendimiento escolar, irritabilidad, falta de energía para socializar en el aula u otros contextos. Y por último, se pueden encontrar otros síntomas y signos a nivel fisiológico, como la disminución del apetito o pérdida de peso, fatiga, somatizaciones, cefaleas, dolores abdominales, lentitud psicomotora, agitación, o problemas de sueño (Teva & Dearos, 2019; García Medina et al., 2012).

En el conjunto de niños/as desde los siete años hasta la pubertad (grupo más vulnerable), los síntomas y signos se pueden manifestar principalmente en cuatro áreas:

- a) Afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, cambios en la actividad motora,

apatía, tristeza, aburrimiento constante, sentimientos de culpa, pensamientos recurrentes sobre la muerte; b) Cognitiva y rendimiento escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento académico, miedo a la escuela, problemas de comportamiento o en las interacciones con compañeros/as; c) Familiar: conflictos o deterioro en las relaciones con los miembros de la familia; d) Somática: dolores de cabeza, dolor abdominal, problemas de control de esfínteres, alteraciones del sueño, dificultades para alcanzar el peso adecuado para su edad, cambios en el apetito.

Entre el grupo de síntomas y signos más frecuentes en adolescentes, se pueden encontrar conductas de alto riesgo, tanto para el mismo adolescente (consumo de sustancias tóxicas, autolesiones), como para los demás (comportamientos negativos, desafiantes, disociales, falta de cooperación con la familia), los cuales se pueden manifestar a través de estados irritabilidad o agresividad. En esta etapa suelen ser frecuentes síntomas a nivel emocional, como: sentirse no aceptado, inferior, cuando se compara con los demás. Esto puede conllevar a que presenten una menor autoestima (con autoconcepto y autoimagen deteriorada), mal humor, irritabilidad; sobre todo, estos sentimientos son más marcados cuando existe una gran diferencia entre cómo es realmente el adolescente (yo real) y el cómo le gustaría ser (yo ideal). Otros signos y síntomas, serían el descuido en el autocuidado (higiene personal, sueño, aseo), conductas de retraimiento (aislamiento social), tristeza o anhedonia (posible apatía). En esta etapa, puede ser frecuente la comorbilidad con los trastornos disociales, el trastorno por déficit en atención e hiperactividad, los trastornos de ansiedad, los trastornos por abuso de sustancias, o los trastornos de la conducta alimentaria, entre otros (García Medina et al., 2012; Teva & Dearos, 2019).

En definitiva, estas situaciones de estancamiento emocional, cognitivo, y conductual, que se dan tanto en la ansiedad como en la depresión, pueden hacer que la persona se vea en medio de un cuadro ansioso-depresivo, pudiendo ser posible la presencia de ambas psicopatologías (García Medina et al., 2012; APA, 2022; Teva & Dearos, 2019).

Incidencia y prevalencia

Actualmente, la salud mental en la etapa infanto-juvenil no ha sido considerada como debería, debido a que no han sido suficientes las medidas y recursos sociosanitarios públicos; así como las labores de prevención e intervención temprana para hacer frente a este problema de salud en España, hecho que se puede observar consultando las encuestas nacionales de salud en nuestro país. Una posible hipótesis de las altas tasas de comorbilidad, parecen deberse a la falta de detección y abordaje.

En primer lugar, en relación al nivel de incidencia de la depresión, ésta puede aparecer por primera vez a cualquier edad del ciclo vital, aunque es más frecuente después de la pubertad (alrededor del 2% en los niños/as, siendo igual de frecuentes en ambos sexos; y del 5% en los adolescentes, siendo a partir de esta etapa mayor en el sexo femenino). Tras la pubertad, se ha visto una mayor presencia de factores de riesgo: fracaso académico, abuso de sustancias, comportamiento suicida, etc. Además de ello, los factores socioculturales a nivel de macrosistema parecen ejercer una mayor presencia en las chicas. Por lo tanto, a día de hoy, la depresión constituye una de las principales causas de comorbilidad y mortalidad en edades tempranas (Elia, 2022; Teva & Dearos, 2019).

A continuación, se muestra una revisión bibliográfica detallada de los índices de prevalencia de la depresión infanto-juvenil, en los últimos años:

Entre 2005 y 2015, diversos autores (Escriba et al., 2005; Fonseca-Pedrero et al., 2011; Ferrer-Tirado et al., 2013; Sanchís et al., 2014; Jaureguizar et al., 2015; referenciado por Sánchez & Cohen, 2020) nos muestran una evolución de la prevalencia desde un 1,8% hasta un 3,8%, especialmente en adolescentes.

Entre el 2015 y el 2020, se han observado tasas similares en España, entre un 1,6-3,4%, incluyendo casos con sintomatología que no cumplen todos los criterios (Encuesta Nacional de Salud, 2017; Gallego Iborra et al., 2020).

Se puede concluir que el incremento de la prevalencia se ha observado en diferentes países, no solo en España, desde el año 2005 hasta 2023, según distintos metaanálisis y estudios (Shorey et al., 2022; Walter et al., 2023; referenciado por Prado-Molina et al., 2023).

¿Cuáles son las características de esta población?

En relación a las características de la población infanto-juvenil española, se puede observar que los profesionales atienden mayoritariamente a escolares y adolescentes en primer lugar, seguido de preescolares y bebés. Entre los casos atendidos, se encuentran los estados de depresión, ansiedad, alteraciones de conducta y del comportamiento adaptativo, alteraciones del neurodesarrollo o de tipo psicótico, en más de un 75% de los casos. Y en menor medida, pacientes con otros problemas de salud (abuso de sustancias tóxicas, o somatizaciones por presencia de un trastorno, entre otros casos) (Cuéllar-Flores, et al., 2019) (véase, Tabla 1).

Tabla 1

Características de los pacientes atendidos por los Psicólogos Clínicos

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Primera infancia (0-3 años)	66	52.4
Preescolar (3-6 años)	105	77.2
Escolares (6-12 años)	121	87.7
Adolescentes (12-18 años)	120	87.0

Nota. Extraído de “Mapa sobre la Psicología Clínica Infanto-Juvenil. ¿Una nueva especialidad sanitaria?” (p. 5), por Cuéllar-Flores, et al., 2019, *Revista Clínica Contemporánea*, 10 (13).

Tabla 1*Características de los pacientes atendidos por los Psicólogos Clínicos*

Tipo de trastornos psicológicos		
Trastornos de conducta	124	89.9
Trastornos de ansiedad	124	89.9
Trastornos depresivos	121	87.7
Trastorno mental grave (trastornos psicóticos, bipolares, trastornos de personalidad)	119	86.2
Trastornos adaptativos	111	80.4
Trastornos en el neurodesarrollo	106	76.8
Otros problemas: socio familiares, escolares	14	9.9
Trastornos relacionados con sustancias	6	4.3
Trastornos de control de esfínteres	3	3.8
Condiciones médicas	3	2.2
Otros: trastorno obsesivo compulsivo, dismórficos o somatomorfos	3	2.2
Daño neurológico	2	1.4

Nota. Extraído de “Mapa sobre la Psicología Clínica Infanto-Juvenil. ¿Una nueva especialidad sanitaria?” (p. 5), por Cuéllar-Flores, et al., 2019, *Revista Clínica Contemporánea*, 10 (13).

Etiología de la depresión infanto-juvenil, factores de riesgo, y factores protectores

El trastorno depresivo, es un trastorno multifactorial que puede ser explicado por factores biopsicosociales. Cuanto mayor sea la presencia de alguno de estos factores,

mayor será la predisposición, la vulnerabilidad, y el riesgo a desarrollarlo (Thase y Connolly, 2019, referenciado por Sancho et al., 2020).

En primer lugar, en relación a los **factores de origen bioquímico**, estos pueden deberse por un lado por desequilibrios bioquímicos en el Sistema Nervioso Central, en los neurotransmisores de Dopamina, Noradrenalina, y Serotonina. Por otro lado, la depresión también podría deberse a desequilibrios hormonales (Somatostatina, CRH, entre otras hormonas) (Gomez et al., 2015) (APA, 2004, referenciado por Sancho et al., 2020).

En segundo lugar, en relación a los **factores genéticos**, se ha observado un riesgo entre un 10-25% si uno de los padres ha padecido depresión, y casi el doble si han sido ambos, siendo la heredabilidad mayor en mujeres. Asimismo, se han observado aproximadamente 200 genes implicados en este trastorno (p.ej. COMT, BDNF, 5-HTTLPR) (Castro et al., 2019, referenciado por Sancho et al., 2020).

En tercer lugar, en relación a los **factores psicosociales**, se pueden encontrar múltiples antecedentes en diferentes contextos (personal o individual, académico, social o familiar) (Sancho et al., 2020).

Por un lado, encontramos al propio individuo como posible determinante (comorbilidad con otras enfermedades y/o trastornos psicológicos, malos hábitos de consumo, entre otros motivos) (Gallego Iborra et al., 2020).

Por otro lado, encontramos las diferentes esferas de actuación del individuo como posibles precursoras (vida académica, social, familiar): situaciones en las que el rendimiento educativo puede verse afectado, dificultades para adaptarse y superar objetivos académicos, la ausencia de relaciones sociales significativas, el consumo excesivo de redes sociales, ser víctima de situaciones de malos tratos o abusos, o estilos educativos no democráticos. Estos factores ambientales, pueden dar lugar a la obstrucción de los procesos de mielinización, en la medida en que en los primeros años de vida se haya sido víctima de violencia, influyendo de forma directa en el sistema cognitivo y emocional del menor: alteraciones, cognitivas, comportamentales y emocionales (Sanidad, 2018; Gallego Iborra & cols, 2020; Henao et al., 2020).

Entre los factores de riesgo mencionados, numerosos investigadores coinciden en que son los factores ambientales donde hay que prestar una mayor atención (estos parecen representar el mayor porcentaje de varianza explicada de esta psicopatología), debido a la vivencia de sucesos vitales estresantes, como los que han ocurrido los últimos años: fallecimiento de seres queridos, situaciones que conllevan a un estado de soledad no deseada, o situaciones de violencia intrafamiliar, entre otras. Estos además, han sido vinculados a sentimientos de miedo, incertidumbre, aislamiento social, consumo excesivo de nuevas tecnologías, contribuyendo a aumentar la vulnerabilidad hacia la depresión (Teva & Dearos, 2019).

Finalmente, en relación con los factores de protectores que pueden ayudar a los infantes y adolescentes a ser menos vulnerables a la depresión, se pueden mencionar: las habilidades sociales y las relaciones de calidad, la participación en actividades escolares o deportivas, el reconocimiento de los logros personales, o la resiliencia (Teva & Dearos, 2019).

Evaluación

Para la realización de la evaluación psicológica ante la posible presencia de una depresión, es necesario tener en cuenta la edad y características del niño/a o adolescente, contando con información cualitativa y/o cuantitativa obtenida durante la observación y entrevista. Tras una revisión de los instrumentos más utilizados en España de esta temática, se han encontrado diversos instrumentos validados científicamente: CDI, CDS, IDER, CET-DE, SENA, CECAD) (TEA Ediciones, 2022; Martínez-Martín, 2014).

Tabla 2*Instrumentos para la evaluación de la depresión*

Nombre	Autor/es	Especificaciones	Edad
Inventario de Depresión Infantil (CDI)	M. Kovacs. Adaptado por V. del Barrio y M. A. Carrasco para la población española.	- 27 ítems que miden la intensidad o frecuencia de los síntomas. - Evalúa dos escalas: Disforia y Autoestima negativa.	7-15 años.
Escala de Depresión para Niños (CDS)	M. Lang y M. Tisher. Adaptado a la población española por N. Seisdedos.	- Compuesto por 66 ítems (48 depresivos y 18 positivos). Evalúa dos subescalas generales: Total Depresivo y Total Positivo.	8-14 años
Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)	C. D. Spielberger. Adaptado a la población española por G. Buela-Casal y D. Agudelo.	- 20 ítems que evalúan el grado de afectación de los síntomas (Estado) y la frecuencia de ocurrencia de los síntomas (Rasgo). - Valora la presencia de depresión (Distimia) y la ausencia de depresión (Eutimia).	Adolescentes

Tabla 2*Instrumentos para la evaluación de la depresión*

Nombre	Autor/es	Especificaciones	Edad
Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE)	F.Alonso-Fernández.	- 63 ítems que miden la sintomatología depresiva a través de cuatro dimensiones. - Ofrece un resultado global (presencia o no depresión, y el subtipo de depresión).	Adolescentes

Nota. Esta tabla muestra la información más relevante de cada instrumento (TEA Ediciones, 2022).

Tabla 3*Instrumentos para la evaluación de la ansiedad y/o depresión*

Nombre	Autor/es	Especificaciones	Edad
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	C.D. Spielberger, R.L.Gorsuch & R.E. Lushene. Adaptado por G. Buéla-Casal, A.Guillén-Riquelme & N. Seisdedos Cubero	- Consta de 40 ítems - Evalúa 1 escala de ansiedad como rasgo, y una escala de ansiedad como rasgo.	Adolescentes

Tabla 3*Instrumentos para la evaluación de la ansiedad y/o depresión*

Nombre	Autor/es	Especificaciones	Edad
Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)	L. Lozano, E. García Cueto y L. M. Lozano	- Consta de 50 ítems - Evalúa 6 escalas: Depresión, Ansiedad, Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos.	Mayores de 7 años
Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA)	I. Fernández-Pinto, P. Santamaría, F. Sánchez-Sánchez, M. A. Carrasco y V. Del Barrio	- Nº de ítems variable dependiendo de la edad y fuente de información - 3 escalas de control, 6 índices globales - Evalúa problemas interiorizados, exteriorizados, específicos, áreas de vulnerabilidad, y recursos psicológicos de la persona.	3-18 años

Nota. Esta tabla muestra la información más relevante de cada instrumento (TEA Ediciones, 2022).

Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión, ha de ser establecido por un profesional lo suficientemente cualificado, como lo pueden ser un Psiquiatra del ámbito de la salud pública o un Psicólogo Interno residente.

Este diagnóstico, ha de empezar con la realización de una anamnesis, una entrevista detallada dirigida tanto al niño/adolescente, como sus padres o tutores, la cual ayudará al profesional a analizar los posibles antecedentes que pueden estar detrás del estado de su salud.

En este primer contacto, se ha de valorar la presencia actual del trastorno (sintomatología, calidad de vida, factores de riesgo, antecedentes médicos y psiquiátricos), y la presencia de posibles ideas suicidas, recogiendo información tanto del menor como de los padres. Además, se ha de contar con pruebas de exploración física, análisis generales (analítica); y otras pruebas especiales consideradas por el facultativo y médicos, las cuales pueden resultar útiles para descartar enfermedades médicas u otros trastornos. También puede ser de utilidad la información aportada por el centro escolar (Martínez-Martín, 2014).

El diagnóstico se suele realizar siguiendo los criterios establecidos en el DSM-V-TR. Visto así, esta nosología presenta serias limitaciones, por lo que se recomienda a la hora de emitir un diagnóstico:

- Tomar en cuenta la diferencia entre infancia, adolescencia y adultez.
- Sería recomendable la creación de una nueva categoría diagnóstica.
- Las peculiaridades de cada una de esas etapas (por ejemplo, escolaridad, vida familiar) requieren aún de un ajuste más adecuado. No es el mismo tipo de depresión el que se deba admitir en un entorno familiar o motivado por acoso

escolar en momentos temporales muy delimitados, que otra denominada también mayor en la que el curso evolutivo ha sido de años.

Sería, por lo tanto, recomendable conceder una mayor importancia a factores moduladores importantes en esta etapa, como la adquisición del lenguaje, los procesos de aprendizaje, o el desarrollo intelectual, que pueden influir en la forma de expresar la sintomatología o signos de la depresión; así como, prestar una mayor atención a los distintos niveles de desarrollo evolutivo, y a los contextos familiares y escolares (comentario de García Medina, 2024).

En la infancia y adolescencia muchos de los trastornos depresivos no son diagnosticados, estimándose que un 50% de los menores que acuden al sistema sanitario con depresión no son detectados. Algunas de las razones por las que hay una menor detección de la depresión en esta población (Misol, 2002; Martínez-Martín, 2014), serían:

- a) La presencia de sucesos vitales estresantes recientes.
- b) La alta utilización de recursos sanitarios por creencia de enfermedad física.
- c) La baja especificidad y la generalidad de los síntomas que son comentados por el niño/adolescente.
- d) La menor disponibilidad al sistema sanitario.
- e) La propia depresión.

Tratamiento

Es necesario acudir ante las guías de intervención realizadas por organismos e instituciones para poder realizar una mejor orientación en relación al tratamiento.

Desde la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente, se establecen recomendaciones para intervenir según el nivel de gravedad de la sintomatología del trastorno, como lo son: las terapias de apoyo con vigilancia de respuesta (casos de depresión leve, primer mes y medio o dos meses); el espectro de

Terapias Cognitivo-Conductuales (TCC)¹; la combinación de antidepresivos o no junto a esta terapia (casos de depresión moderada); o el abordaje inicial con antidepresivos como los ISRS junto a la combinación de métodos de psicoterapia (casos de depresión severa). La duración de estas terapias suele ser frecuentemente de 15-20 sesiones de 50 minutos una vez por semana, pero puede extenderse en casos de comorbilidad con la ansiedad (Teva & Dearos, 2019).

Desde el Centro Colaborador Nacional de Salud Mental, se indican orientaciones similares, pero enfatizando el espectro de Terapias Cognitivo Conductuales; siendo este, el tratamiento de primera línea en cualquier tipo de gravedad de la depresión durante 3 meses. En caso de no haber respuesta ante este tipo de tratamiento, se recomendará el tratamiento farmacológico (Teva & Dearos, 2019).

El objetivo del tratamiento consistirá en remitir la sintomatología, disminuir recaídas y el riesgo de suicidio. Para ello, se tratará de aportar herramientas o medicamentos para que el niño/adolescente pueda recuperar hábitos saludables, manejar sus emociones, o promover estrategias de afrontamiento o la práctica de habilidades sociales, entre otros (Teva & Dearos, 2019).

Antes de iniciar el tratamiento, se suele educar al menor y/o los padres acerca de la depresión y sus manifestaciones (psicoeducación), a través de explicaciones claras y detalladas, con un tono de voz suave, para evitar un rechazo inicial en el comunicado del diagnóstico. Además, se proporcionan herramientas a los padres/tutores para que puedan reconocer signos y síntomas, especialmente aquellos relacionados con el suicidio (Teva & Dearos, 2019).

El abordaje de la depresión infanto-juvenil puede llevarse a cabo a través de tres perspectivas: tratamiento farmacológico, psicológico, o mixto.

¹) La Terapia Cognitivo Conductual se ha mostrado más eficaz en el tratamiento con adolescentes debido a su mayor nivel de madurez cognitiva (Teva & Dearos, 2019).

En primer lugar, en relación al **tratamiento farmacológico**, los antidepresivos, se pueden clasificar según su perfil bioquímico de la siguiente manera: Antidepresivos Tetracíclicos (ADTC), Antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS), Antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina y la Noradrenalina (ISRSN), Antidepresivos Noradrenérgico y Serotoninérgico Específicos (NASSA), Antidepresivos Noradrenérgico, Antidepresivos No Selectivo de la Recaptación de Serotonina, Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO), Antidepresivos Agonistas Melatoninérgico, y en Antidepresivos Inhibidores de la Recaptación de Noradrenalina y Dopamina (Teva & Dearos, 2019).

Los psicofármacos más recomendables para el tratamiento son los pertenecientes al grupo de los ISRS, debido a su alta eficacia y seguridad. Aunque estos antidepresivos tienen un bajo nivel de efectos secundarios, se puede dar la presencia de algunos efectos adversos (alteraciones del sueño, diaforesis, cefaleas, acatisia, inquietud, manía e hipomanía). Entre ellos, encontramos algunos como la fluoxetina, fluvoxamina, sertralina y escitalopram (Teva & Dearos, 2019).

En la elección de este tipo de tratamiento hay que tener en cuenta otros posibles efectos secundarios a nivel gastrointestinal (molestias abdominales, sensación de somnolencia, ...), a nivel de conducta sexual (disminución o aumento de la conducta sexual), y a nivel de conducta de ingesta (aumento o disminución del apetito). Normalmente, el clínico que prescribe el antidepresivo empieza el tratamiento a dosis bajas, para evitar efectos adversos o una mala respuesta del paciente. Posteriormente, se aumenta las dosis hasta llegar a las dosis mínimas terapéuticas, y en caso de ser necesario, hasta las dosis máximas (APA, 2022; Azanda, 2005; Teva y Dearos, 2019).

Entre los fármacos no recomendables para esta población debido a su alto nivel de reacciones adversas y complicaciones, se encuentran la paroxetina, la duloxetina, o los del tipo tricíclicos debido a su alta cardiotoxicidad. Por ello, la elección del tipo de antidepresivo deberá basarse de acuerdo a su nivel de eficacia, los efectos adversos, el nivel de seguridad, la preferencia del paciente, la historia de respuestas previas al

antidepresivo, y la presencia de comorbilidad (Sistema Nacional de Salud, 2009; Teva & Dearos, 2019; Asociación Española de Pediatría, 2020).

En segundo lugar, encontramos el **tratamiento psicológico** que se basa en el empleo de la psicoterapia. Se puede clasificar en tres categorías (El Hadi; 2023; Orgilés et al., 2018):

Terapia individual: Su objetivo es modificar los pensamientos negativos, las actitudes violentas, y adquirir habilidades sociales (asertividad, herramientas para la resolución de conflictos, etc.).

Terapia de grupo: Su objetivo es la búsqueda de la resolución de los distintos problemas que presenten los integrantes y en la ayuda mutua.

Terapia de familia: Su objetivo es observar la relación que hay entre los familiares y el menor, prestando atención a diversos aspectos: el trato, el respeto, la actitud, la autoridad, o las contestaciones.

Dentro de esta categoría, se puede hacer una distinción más detallada sobre los diferentes tipos de terapia (El Hadi, 2023):

Tabla 4

Trastornos depresivos

Depresión niñez (5-11 años)	TCC general. TCC grupal. TCCC teleasistida. Terapia de conducta. TCC individual. Terapia psicodinámica. Terapia familiar.
Depresión adolescente (11-18 años)	TCC general. TCC individual. TCC grupal. Psicoterapia interpersonal general. Psicoterapia interpersonal individual. Psicoterapia interpersonal grupal. Biblioterapia TCC. Terapia familiar. TCC asistida por tecnología.

Nota. Esta tabla muestra la clasificación de psicoterapias en la población de la infancia y la adolescencia para la depresión (El Hadi, 2023).

A continuación, se describe el resto de terapias según las definiciones ofrecidas por diversos autores:

Terapia Cognitiva Conductual (TCC): Esta terapia puede ayudar al paciente a desarrollar habilidades para modificar pensamientos, percepciones y emociones, con el fin de mejorar su estado emocional, solucionar problemas, y alcanzar metas. Existe una modalidad denominada TCC asistida por tecnología. Este tipo de terapia se puede

utilizar a través de la realidad virtual, terapias online, o la digitalización de los autorregistros conductuales, y puede ser un recurso interesante de utilizar en casos de comorbilidad con problemas de ansiedad (Teva & Dearos, 2019; Ceballos Atienza, R., 2020).

Biblioterapia TCC: Dentro del espectro de terapias cognitivo conductuales, en esta forma de terapia el terapeuta recomienda o ofrece material que puede ayudar al paciente en el proceso terapéutico (libros, revistas,...), que ayuda al paciente a informarse sobre la problemática, reconocer sus pensamientos y sentimientos, establecer líneas de acción para cambiar situaciones en su vida, y conocer los objetivos de las sesiones (Teva & Dearos, 2019; Castro, 2023).

Psicoterapia Interpersonal: Se caracteriza por ser breve y estar enfocada en las dificultades psicosociales actuales. Su finalidad es disminuir los síntomas emocionales mediante la solución de los problemas que surgen en el ámbito de las relaciones interpersonales (Teva y Dearos, 2019).

Psicoterapia Psicodinámica: Se caracteriza por ser menos intensa, y estar centrada en los problemas inmediatos. Algunos autores mencionan que puede ser interesante su empleo si existe comorbilidad con problemas específicos, como los trastornos de ansiedad. Permite explorar cómo se manifiestan aspectos subjetivos no reconocidos en la relación terapéutica (Teva y Dearos, 2019; Shedler, 2010, referenciado por Georgievska-Nanevska, 2019).

Desde el punto de vista de la psicología, lo más recomendable es emplear tratamientos que estén basados en la evidencia científica. A continuación, se adjunta una tabla en la cual se muestran los tratamientos de primera línea con un nivel 1 y 2 de eficacia, para el tratamiento de la depresión en la etapa infanto-juvenil en la actualidad. No obstante, aunque estas terapias sean muy aceptadas y recomendadas para el tratamiento de la depresión para esta población, se ha de valorar las siguientes cuestiones: si el clínico que realice la terapia tiene la formación adecuada para llevar a cabo el método seleccionado, tener en cuentas las necesidades y preferencias del

paciente con el tipo de tratamiento (individual, grupal entre otros), así como sus características de personalidad, creencias y valores morales y/o religiosos (Airaldi, 2023; Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2017; Guarch, 2018).

Sea cual sea la opción recomendada para el niño/a o adolescente, es indudable que es importante que el menor reciba el tratamiento de forma adecuada y temprana, para evitar consecuencias a largo plazo; así como mejorar su bienestar y calidad de vida (Misol, 2002).

Tabla 5

Tratamientos basados en evidencia más eficaces

Problema	Eficaz (Nivel 1)	Probablemente eficaz (Nivel 2)	Posiblemente eficaz (Nivel 3)
Trastornos depresivos	<p>Niños/as: Ninguno tiene un nivel 1.</p> <p>Adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC. - TCC grupal. - Psicoterapia interpersonal. 	<p>Niños/as: Ninguno tiene un nivel 2.</p> <p>Adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapia interpersonal grupal. 	<p>Niños/as:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC/TCC grupal/eTCC. - Terapia conductual. <p>Adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TCC/TCC grupal/eTCC. - Terapia conductual.

Nota. Esta tabla recoge los tratamientos basados en evidencia para el abordaje de la depresión infantil en el año 2023 (Airaldi, 2023; Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2017; Guarch, 2018).

Además de ello, existen otras medidas terapéuticas que pueden ayudar al tratamiento (Ceballos Atienza, R., 2020):

Mindfulness: Se utiliza frecuentemente para evitar prevenir recaídas o la reaparición de la sintomatología ansioso-depresiva, por medio de la práctica de la atención plena.

Técnicas de respiración: Se trata de una serie de herramientas utilizada en el abordaje psicológico para gestionar el nivel de activación psicofisiológica. Puede ser recomendable si la depresión se da conjuntamente con la ansiedad. Un ejemplo, lo constituye la relajación muscular progresiva de Jacobson.

Activación Conductual: Es un tratamiento estructurado mediante el cual se trata de conseguir que el niño/adolescente de orden a su vida y haga cambios en sus diferentes entornos, tratando de identificar patrones evitativos y promoviendo la realización de actividades placenteras.

Counselling: Se trata de una herramienta mediante la cual se trata de ayudar al niño/adolescente a reflexionar para tomar decisiones adecuadas según sus valores, intereses y estado emocional. Para ello, se emplea la escucha activa y otras técnicas específicas.

Finalmente, encontramos el **tratamiento combinado o mixto** (psicofármacos y psicoterapia), el cual resulta una de las opciones más utilizadas y la más eficaz, especialmente en el grupo de adolescentes y jóvenes de mayor edad (Teva & Dearos, 2019).

Pronóstico

El pronóstico de la depresión en esta población se encuentra asociado a la mayor o menor presencia de factores de riesgo, la detección precoz, el curso y evolución de la patología. Cuando los trastornos depresivos se relacionan con una aparición espontánea, de corta duración, con detección rápida, y un tratamiento adecuado, el pronóstico es positivo (la sintomatología puede remitir en 6-12 meses). Sin embargo, cuando el trastorno está asociado a sucesos vitales estresantes (p.ej. muerte de un familiar,

situaciones de violencia a características de personalidad del niño/adolescente, o con episodios depresivos múltiples o episodios graves de depresión mayor (ideaciones suicidas, estados de ánimo decaído, abatimiento emocional prolongados), existe un mayor riesgo de recurrencia, de cronificación (larga duración), con una menor respuesta al tratamiento, y con posibles complicaciones en el pronóstico (Guarch, 2018; Elia, 2022; Servicio Andaluz de Salud, 2022).

Programas Dirigidos a la Prevención e Intervención

Se recomienda la utilización de programas como el *Programa para promover el fortalecimiento de la Resiliencia*, *Penn Resiliency Program*, *Friends for Life*, *Coping with Stress Course*, *Interpersonal Psychotherapy – Adolescent Skills Training*, *Smile Program*, o el *Super Skills for Life*, los cuales están destinados a la enseñanza de habilidades socioemocionales y de resiliencia, así como estrategias de afrontamiento ante estresores en la niñez y/o adolescencia, mediante técnicas cognitivas-conductuales para prevenir la ansiedad y la depresión, actuando a un nivel de mesosistema y microsistema. Presentan una eficacia demostrada, acorde a la literatura científica (Farrell et al., 2005; Gillham et al., 2007; Gallegos et al., 2013; Tkaczyk Pavoski et al., 2018; Martínez et al., 2019; Sánchez-Hernández et al., 2019) (Cardemil et al., 2007; Young et al., 2007; Young et al., 2010; Garber et al. 2009, referenciado por Hernández et al., 2014).

Tabla 6

Resultados de algunos programas dirigidos a la prevención y/o intervención

Autor/es, fecha	Objetivos	Muestra	Instrumento	Resultados
Cardemil, E. V., Reivich, K. J., Beevers, C. G., Seligman, M. E., & James, J. (2007).	Examinar la eficacia del <i>Penn Resiliency Program</i> tras un seguimiento de 24 meses en niños/as de minorías con bajos ingresos.	N= 168 niños/as latinos/as y afroamericanos/as de secundaria (M = 11.12; DT = 0.94).	- Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs. - Cuestionario de pensamientos automáticos (ATQ) de Kazdin. - Escala de desesperanza (HS) de Kazdin et al. - Perfil de autopercepción para niños (SPPC) de Harter.	Los/as niños/as latinos/as que pasaron por el PRP mostraron una disminución lineal significativamente mayor en las puntuaciones de CDI que los niños latinos de control ($\beta_1 = -1.68$, $t(602) = -3.06$, $p < 0.01$, $r = 0.012$).

Tabla 6

Resultados de algunos programas dirigidos a la prevención y/o intervención

Autor/es, fecha	Objetivos	Muestra	Instrumento	Resultados
Farrell, L. J., Barrett, P. M., & Claassens, S. (2005).	Examinar la eficacia del <i>Friends program</i> .	N= 18 (M= 7.5 años; DT= 1.76).	- Inventario de depresión infantil (CDI) de Kovacs.	Se observaron reducciones significativas del nivel de depresión y ansiedad. Un 73% remitieron un diagnóstico al finalizar la intervención.

Tabla 6

Resultados de algunos programas dirigidos a la prevención y/o intervención

Autor/es, fecha	Objetivos	Muestra	Instrumento	Resultados
Fernández-Martí nez, I., Morales, A., Espada, J. P., Essau, C. A., & Orgilés, M. (2019).	Evaluar la eficacia del programa <i>Super Skills For Life</i> .	N= 123 (M= 6.89; DT = .79) niños/as españoles de 7 escuelas (ensayo controlado aleatori- zado por conglo- merados), con condición experi- mental y control.	- Escala de ansiedad infantil Spence- Versión Padres (Nauta et al., 2004). - Cuestionario de Fortalezas y Diferencias- (Goodman, 2001). - Escala de Ansiedad Infantil e Interferencia en la Vida-Informe Versión Padres (Lyneham et al., 2013). - Cuestionario sobre estados de ánimo y sentimientos- Versión Padres (Angold et al., 1995).	El estudio indica que la intervención logró una notable reducción en los síntomas de ansiedad y depresión en niños/as españoles tras la intervención, en algunas de las medidas de ansiedad ($p = 0.01$), temor a lesiones físicas ($p < 0.01$), ansiedad social ($p < 0.05$), síntomas emocionales ($p < 0.05$), interferencia de la ansiedad en casa ($p = 0.01$), o la depresión ($p < 0.01$).

Tabla 6

Resultados de algunos programas dirigidos a la prevención y/o intervención

Autor/es, fecha	Objetivos	Muestra	Instrumento	Resultados
Gallegos, J., Linan-Thompson, S., Stark, K., & Ruvalcaba, N. (2013).	Evaluar la eficacia de la versión en español del <i>Friends Program</i> .	N= 1.030 (niños/as entre 8-13 años). Comparación del diseño de grupo cuasi experimental no equivalente con un factor inter-sujetos y un factor intra-sujeto.	- Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs. Cuestionario de Afrontamiento de Hernández-Guzman.	Se observó una reducción de la sintomatología y del riesgo a sufrir depresión, así como un aumento para incrementar las estrategias de afrontamiento proactivas de aquellos que lo recibieron.

Tabla 6

Resultados de algunos programas dirigidos a la prevención y/o intervención

Autor/es, fecha	Objetivos	Muestra	Instrumento	Resultados
Garber, J., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Beardslee, W. R., Brent, D. A., Gladstone, T. R., ... & Iyengar, S. (2009).	Observar los efectos de un programa grupal de prevención cognitivo-conductual.	N = 316 adolescent es; (M= 14.8; DT = 1.4). Ensayo controlado aleatorizado, (grupo experimental, grupo control).	- Entrevista Clínica Estructurada de (SCID-I) First & Gibbon. - Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Radloff.	Se observó que los síntomas de depresión autoinformados disminuyeron significativamente en los adolescentes que participaron en el programa (z = -2.22; P < 0.05).
Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K., & Gallop, R. (2006).	Evaluar la eficacia del <i>Penn Resiliency Program</i> .	N= 44; (M= 11.4). Ensayo controlado aleatorizado, (grupo experimental, grupo control).	- Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs.	Se encontró una tendencia a mejorar el estilo explicativo de los acontecimientos negativos, F (1, 216,21)=2.85, p<0.10, (IC 95%: -0.35 a 0.03). Se observó que una mejora significativa del estilo explicativo de los acontecimientos negativos en las chicas solamente F (1,108.14)=9.49, p<0.01, (95% CI: -0.65 a -0.14).

Tabla 6

Resultados de algunos programas dirigidos a la prevención y/o intervención

Autor/es, fecha	Objetivos	Muestra	Instrumento	Resultados
Martínez, I. F., Sánchez, J. P. E., & Amorós, M. O. (2019).	Compro- bar la eficacia de un programa transdia- gnóstico para la preven- ción de la depresión y la ansiedad en niños/as.	N= 123 Ensayo controlado aleatoriza- do. Grupo experimen- tal: n= 67. Grupo control: N= 56.	- Cuestionario SDQ-P de Goodman. -Escala de Ansiedad Infantil de Spence. - Cuestionario de Humor y Sentimientos para Padres de Angold & Costello. - Escala de Interferencia de la Vida por la Ansiedad Infantil para Padres de Lyneham et al.	Se observó una reducción de significativa de la sintomatología ansiosa-depresiva en los niños participantes en comparación con el grupo control ($F(1,53) = 4.7$, p =.033, $n = 55$, $d =$.51).

Tabla 6

Resultados de algunos programas dirigidos a la prevención y/o intervención

Autor/es, fecha	Objetivos	Muestra	Instrumento	Resultados
Morelato, G., Korzeniowski, C., Greco, C., & Ison, M. (2019).	Evaluar la efectividad de un plan de acción diseñado para fomentar habilidades socio-cognitivas relacionadas con la resiliencia.	N= 95 niños/as (M= 11.32, DT= 1.13). a través de un diseño cuasi-experimental, con medida pre - post, con un grupo reducido (M= 11.22; DT= 1.02) y un grupo completo (M= 11.48; DT= 1.29).	- Cuestionario de Resiliencia para niños y adolescentes (González-Arratia & Valdez-Medina, 2011). - Instrumento de Solución de Problemas en situaciones de Vulnerabilidad familiar (Morelato, 2019).	El programa es efectivo. La intervención mejoró la capacidad de reconocer emociones ($t(94) = -4.44, p < .001, d = -.63$), generar alternativas a soluciones ($t(44) = -5.12, p < .001, d = -1.01$), prever consecuencias ($t(94) = -3.96, p < .001, d = -.55$), en grupos reducidos.

Tabla 6

Resultados de algunos programas dirigidos a la prevención y/o intervención

Autor/es, fecha	Objetivos	Muestra	Instrumento	Resultados
Sánchez-Hernández, Ó., Méndez, F. X., Ato, M., & Garber, J. (2019).	Prevención de la depresión. Promoción del bienestar.	N= 89 adolescentes (M=13.88; DT= 0.95). Grupo experimental (n= 51). Grupo control (n= 38).	- Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs. - Escala de autoconcepto Forma 5 (AF-5) (García & Musitu, 2001). - Escala de bienestar mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) (Tennant et al., 2007).	

Tabla 6

Resultados de algunos programas dirigidos a la prevención y/o intervención

Autor/es, fecha	Objetivos	Muestra	Instrumento	Resultados
Tkaczyk Pavoski, G. T., de Salvo Toni, C. G., Batista, A. P., & Ignachewski, C. L. (2018).	Evaluar el Método Friends en grupos de niños.	N= 10 niños, de ambos sexos /6-7 años).	10 - Cuestionario de CBCL de Achenbach & Rescorla.	Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las tres fases de recogida de datos según las escalas relacionadas con lo social, escalas de Problemas Internalizantes y Problemas Externalizantes, ansioso y deprimido, retraído y deprimido, comportamiento agresivo. Se observó la eficacia del Método Amigos.

Tabla 6

Resultados de algunos programas dirigidos a la prevención y/o intervención

Autor/es, fecha	Objetivos	Muestra	Instrumento	Resultados
Young J. F., Mufson L., & Davies M. (2006).	Evaluar la eficacia del <i>Interpersonal Psychotherapy Adolescent Skills Training</i> .	N = 41 adolescentes (M= 13. 5; DT= 1.3). Asignación aleatoria (grupo experimental vs grupo control con asesoramiento escolar).	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de Radloff.	Los participantes que participaron en el programa, disminuyeron significativamente la sintomatología depresiva a diferencia de los estudiantes (F1,38 = 18.0; p < 0.001). Se continuaron observando diferencias significativas a los 6 meses (F1,38 = 10.7; p < 0.01).

Tabla 6

Resultados de algunos programas dirigidos a la prevención y/o intervención

Autor/es, fecha	Objetivos	Muestra	Instrumento	Resultados
Young Mufson Gallop Young, J. F., Mufson, L., & Gallop, R. (2010).	JF, Evaluar la eficacia del <i>Interpersonal Psychotherapy Adolescent Skills Training</i> .	N = 57 adolescentes (M= 14.51; DT= 0.76). Asignación aleatoria (grupo experimental vs grupo control con asesoramiento escolar).	- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos Radloff.	Los adolescentes que participaron en el programa mostraron tasas de cambio significativamente mayores que los adolescentes que recibieron asesoramiento escolar ($t(215)=-2.56$, $P=0.01$).

Conclusiones

La depresión en la población infanto-juvenil es una cuestión difícil de evaluar y de diagnosticar debido a diversos motivos: sus características especiales, su temprana edad, o su alta tasa de comorbilidad con otros trastornos la cual puede aparecer como resultado de no haber atendido previamente la ansiedad y/o depresión como posible hipótesis. Es por ello, que no debemos olvidarnos de lo importante que es la realización de una buena anamnesis, observación, y diagnóstico diferencial por parte del clínico. Asimismo, es importante realizar las correspondientes pruebas médicas, y revisar los antecedentes psiquiátricos y familiares necesarios.

Sin embargo, al ser la depresión infanto-juvenil un trastorno multifactorial, esto hace más compleja la detección de la depresión en esta etapa. Por ello, al margen de las características diferenciales del trastorno y la comprobación de pruebas médicas, es necesario valorar junto a la familia y el entorno educativo, qué posibles factores de riesgos pueden estar incidiendo en la sintomatología presentada, a través de una perspectiva biopsicosocial.

Actualmente, sabemos que si el niño o adolescente se compromete con el tratamiento, con la ayuda y apoyo de sus padres, desde el área de la salud mental se puede hacer mucho por el paciente, debido a que los tratamientos farmacológicos y psicológicos actuales han demostrado una gran eficacia para este tipo de trastorno (TCC, psicoterapias interpersonales, antidepresivos ISRS, entre otros).

Para prevenir esta patología en esta población todavía queda mucho por hacer. Son numerosas las recomendaciones que existen desde la psicología de la salud y son muy pocas las acciones que se han llevado a cabo. Sobre todo, en esta era en la cual los jóvenes están expuestos a los innumerables peligros como lo pueden ser las redes sociales, la adicción a internet y el aislamiento social, el ciberacoso, el bullying, o las situaciones de violencia familiar, entre otras, incrementado la vulnerabilidad a padecer depresión.

Cada acción orientada a la prevención es un paso, un paso más cerca para reducir la incidencia y prevalencia de la depresión en la infancia y adolescencia; un paso muy grande, que todavía no se ha logrado alcanzar. Sin embargo, el futuro es esperanzador. Los profesionales de la salud mental tienen las herramientas, solo deben saberlas aplicar de forma adecuada y de forma temprana para prevenir estas psicopatologías.

Tras haber realizado esta revisión, se ha observado que es necesario contar con criterios específicos para el diagnóstico en la población infanto-juvenil, así como contar con la influencia que ejercen contextos como la familia y el entorno educativo, y valorar la presencia de factores moduladores importantes (adquisición del lenguaje, nivel de desarrollo intelectual, procesos de aprendizaje).

Finalmente, con el objetivo de aportar herramientas destinadas a la prevención, se incluyen como propuesta la aplicación de diferentes programas eficaces como el *Friends for Life*, el *Penn Resiliency Program*, o el *Super Skills for Life*, destinados a fomentar estrategias, herramientas y habilidades, basados en la TCC o la Psicoterapia Interpersonal. No obstante, muchas de estas estrategias que se utilizan se han basado en extrapolaciones de las estrategias aplicadas en adultos, siendo necesario buscar estrategias más específicas para esta población.

Referencias

- Airaldi, M^a C. (15-16 de Junio de 2023). *Terapias basadas en la evidencia para niños y adolescentes ¿Funciona todo por igual?*. (Conferencia, Junio 15-16). Congreso Internacional De Psicopatología Infanto-Juvenil. Asociación Española de Psicología Sanitaria, Madrid, España.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5-TR*. Panamericana.
- Asociación Española de Pediatría. (2020, Diciembre 10). *Duloxetina*. Asociación Española de Pediatría. Consultado Marzo 9, 2024. <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/duloxetina>.
- Azanda, J.R. (Ed.). (2005). *Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central*. Pfizer.
- Cardemil, E. V., Reivich, K. J., Beevers, C. G., Seligman, M. E., & James, J. (2007). The prevention of depressive symptoms in low-income, minority children: Two-year follow-up. *Behaviour research and therapy*, 45(2), 313-327.
- Castro, S., Gómez, C., Gil, F., Uribe, M., Miranda, C., de la Espriella, M., Arenas, A. & Pinto, D (2014). Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42, pág. 81-96. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80638951005.pdf>.
- Castro, S. (2023, Abril 14). *Terapia cognitivo conductual*. Consultado Abril 25, 2024. <https://www.iepp.es/terapia-cognitivo-conductual/>.

- Ceballos Atienza, R. (2020). Tratamiento de la depresión. En Expósito Medina, C., Sáez Cuenca, N., Hidalgo Pulpeiro, C., Agudín Barrero, N. (Coors.), *Ansiedad y depresión. Guía práctica (2)*, 75-92 . Alcalá la Real.
- Cuéllar-Flores, I., Izquierdo, A., & Padilla, D. (2019). Psicología Clínica Infanto-Juvenil. ¿Una nueva especialidad sanitaria? *Revista Clínica Contemporánea*, 10, 1-10.
- Del Barrio, V. (1997). *Depresión infantil. Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel, S.A.
- Elia, J. (2022, Septiembre). *Trastornos depresivos en niños y adolescentes - Pediatría - Manual MSD versión para profesionales*. MSD Manuals. Consultado Marzo 2, 2024.
<https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-mentales-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/trastornos-depresivos-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>.
- El Hadi, Z. (2023). *La ruptura del núcleo familiar ¿Cómo afecta en los menores?*. Congreso Internacional De Psicopatología Infanto-Juvenil. (Conferencia, Junio 15-16). Asociación Española de Psicología Sanitaria, Madrid, España.
- Farrell, L. J., Barrett, P. M., & Claassens, S. (2005). Community trial of an evidence-based anxiety intervention for children and adolescents (the Friends program): A pilot study. *Behaviour Change*, 22 (4), 236–248.
<https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.1375/beh.22.4.236>.
- Fernández-Martínez, I., Morales, A., Espada, J. P., Essau, C. A., & Orgilés, M. (2019). Effectiveness of the program Super Skills For Life in reducing symptoms of anxiety and depression in young Spanish children. *Psicothema*, 31(3), 298–304.
<https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.7334/psicothema2018.336>.

- Garber, J., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Beardslee, W. R., Brent, D. A., Gladstone, T. R., ... & Iyengar, S. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *Jama*, *301*(21), 2215-2224.
- García Medina, P., & Bethencourt Pérez, J. M., Martín Caballero, A. R., Armas Vargas, E. (2012). *Ansiedad y depresión: investigación e intervención*. Comares.
- Gallegos, J., Linan-Thompson, S., Stark, K., & Ruvalcaba, N. (2013). Preventing childhood anxiety and depression: Testing the effectiveness of a school-based program in Mexico. *Psicología Educativa*, *19* (1), 37-44. <https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.5093/ed2013a6>.
- Gallego Iborra, A., García Aguado, J., Pallás Alonso, C. R., Rando Diego, Á., San Miguel Muñoz, M., Sánchez Ruiz-Cabello, F. J., Colomer Revuelta, J., Esparza Olcina, M. J., Galbe Sánchez-Ventura, J., & Mengual Gil, J. M. (2020). Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia (parte 1). *Pediatría Atención Primaria*, *22*(86), 195-206.
- García Vera, M. P. y Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la investigación a la consulta*. Madrid, España: Pirámide.
- Georgievska-Nanevska, E. (2019). La eficacia del psicoanálisis y la terapia psicodinámica. *Revista Del Centro Psicoanalítico de Madrid*, *36*, 4-12.
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K., & Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *34*, 203-219.
- Gómez-Restrepo, C., Martínez, N. T., Bohórquez, A., Rondón, M., Rico, M. M., Rengifo, H., & Bautisa, N. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *45*, 58-67.

- Guarch, J. (2018, Abril 3). *Pronóstico del trastorno depresivo*. Hospital Clínic Barcelona. Consultado Abril 4, 2024. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-depresivo/evolucion-de-la-enfermedad>.
- Henao, E. A. O., Díaz, B. A. M., & Valencia, J. B. Z. (2020). Depresión Infanto-Juvenil y exposición temprana a la violencia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 13(3), 101-114.
- Hernández, Ó. S., Méndez, F. X., & Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: Revisión y reflexión = Prevention of depression in children and adolescents: Review and reflection. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 63–76. <https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.5944/rppc.vol.19.num.1.2014.12983>.
- Martínez-Martín, N. (2014). Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Anales de pediatría continuada*, 12(6), 294-299.
- Martínez, I. F., Sánchez, J. P. E., & Amorós, M. O. (2019). Super Skills for Life: Eficacia de un programa transdiagnóstico de prevención indicada para los problemas emocionales infantiles. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 24-31.
- Misol, R. C. (2002, abril 2015). Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz. *Atención primaria*, 29(6), 336-337. <https://core.ac.uk/download/pdf/82796348.pdf>.
- Ministerio de Sanidad. *Encuesta Nacional de Salud de España 2017*. (2017). Consultado Febrero 1, 2024. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf.

- Misol, R. C. (2002, abril 2015). Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz. *Atención primaria*, 29(6), 336-337. <https://core.ac.uk/download/pdf/82796348.pdf>.
- Morelato, G., Korzeniowski, C., Greco, C., & Ison, M. (2019). Resiliencia Infantil: Intervención para promover recursos en contextos vulnerables = Child resiliency: Intervention to promote resources in vulnerable contexts. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(2), 205-223. <https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.22544/rcps.v38i02.05>.
- Orgilés, M., Samper, M., Fernández-Martínez, I., & Espada, J. P. (2018). Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4 (2), 129-134.
- Prado-Molina, D. G., Serna-Trejos, J. S., Correa-Martínez, V., & Flores-Álvarez, L. K. (2023). Trastornos depresivos en niños y adolescentes: enfoque epidemiológico actual. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 40(3), 38-40.
- SANIDAD, S. S. E. I. (2018). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización. *Guía salud*. Consultado Enero 12, 2024. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf.
- Sánchez-Hernández, Ó., Méndez, F. X., Ato, M., & Garber, J. (2019). Prevention of depressive symptoms and promotion of well-being in adolescents: a randomized controlled trial of the Smile Program. *Anales de psicología*, 35(2), 225-232.
- Sánchez, P., & Cohen, D. S. (2020). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Adolescere: Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 8(1), 16-27.

- Sancho, G. P., Brenes, G. S., & Villalobos, N. D. L. C. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Médica Sinergia*, 5(12), 1-16.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2020). Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. *Clínica y Salud*, 31(1), 55-65.
- Servicio Andaluz de Salud. (2022, Enero 13). *El pronóstico, el curso y la evolución de la depresión mejoran con una detección precoz*. Junta de Andalucía. Consultado Abril 4, 2024. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/todas-noticia/el-pronostico-el-curso-y-la-evolucion-de-la-depresion-mejoran-con-una-deteccion-precoz>.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98.
- Sistema Nacional de Salud. (2009). *Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes*. Sanidad. Consultado Febrero 9, 2024. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol33_2TratDepreNinos.pdf.
- Society of Clinical Child and Adolescent Psychology. (2017, Agosto 5). *Evidence-based Therapies*. Effective Child Therapy. Consultado Abril 6, 2024. <https://effectivechildtherapy.org/therapies/>.
- TEA Ediciones. (2022). *Catálogo Escolar y Clínica*. Grupo Editorial Hogrefe.
- Teva, M^a I., y Dearos, M. (2019). *Trastornos depresivos. Enfoque práctico del especialista en salud mental*. (2^a ed.). Polígono Industrial El Retamal, calle olivo 6, Alcalá la Real (Jaén): Editorial Formación Alcalá.
- Tisher, M. y Lang, M. (1987). La escala de depresión para niños: revisión y perspectivas: En D.P. Cantwell y G.A. Carlson (eds) *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martinez Roca.

Tkaczyk Pavoski, G. T., de Salvo Toni, C. G., Batista, A. P., & Ignachewski, C. L. (2018). Prevenção universal e promoção de saúde em grupo de crianças a partir do Método Friends. *PSICO*, 49(2), 148–158. <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.15448/1980-8623.2018.2.26501>.

UNICEF. Salud mental e infancia en el escenario de la Covid-19. Propuesta de UNICEF España. (2020). UNICEF España.

Young J. F., Mufson L., & Davies M. (2006). Efficacy of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: an indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 47(12), 1254–1262. <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1111/j.1469-7610.2006.01667>.

Young, J. F., Mufson, L., & Gallop, R. (2010). Preventing depression: A randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression and anxiety*, 27(5), 426-433. <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1002/da.20664>.

Apéndice A: Procedimientos de recogida de información bibliográfica

Figura 1

Gráfico de resultados de la búsqueda bibliográfica

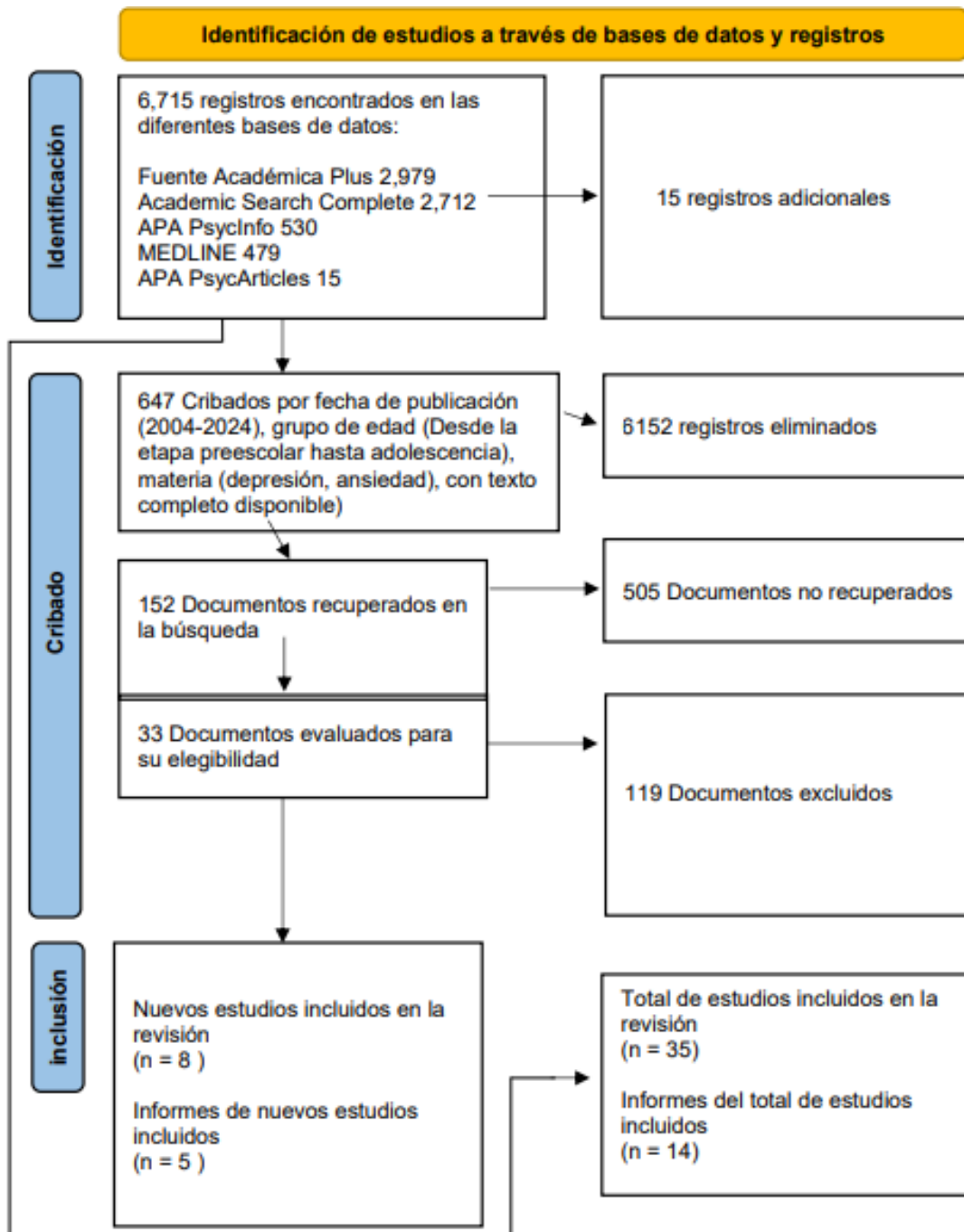


Tabla 6*Criterios de inclusión y exclusión para la búsqueda.*

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Criterio temporal: desde 2004 hasta 2024.	Tipo: Sin resumen, sin texto completo disponible.
Idioma: Español e Inglés.	Muestra: Investigaciones en animales, Estudios realizados en pacientes mayores de 18 años.
Tipo: Artículos, revisiones, publicaciones académicas, texto completo disponible.	
Grupo de edad: Desde etapa preescolar hasta adolescencia.	
Materia: Depresión, ansiedad.	