



DEPRESIÓN INFANTIL: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO.

Francisco Borja Herrera Galván

Tutores: Pablo García Medina y María Concepción Cristina Ramos Pérez.

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Curso académico 2017/2018

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento

Sección de Psicología y Logopedia

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad de La Laguna

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL	4
3. DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL	6
4. FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	10
4.1. La familia.....	10
4.2. Divorcio de los padres.	12
4.3. Depresión de la madre.	13
4.4. Diferencias respecto al género.....	14
5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	14
5.1. Sistemas de clasificación.	15
5.2. Instrumentos de evaluación	16
5.2.1. Entre 3 y 6 años: <i>Preschool Syptoms Self-Report (PRESS)</i> (1990).....	16
5.2.2. Entre 6 y 17 años: <i>Children’s Depression Inventory (CDI)</i> (1992).	16
5.2.3. Entre 3-18 años: Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (<i>BASC</i>) (2011).....	17
5.2.4. Entrevistas: <i>Development and Well-Being Assessment (DAWBA)</i> , Goodman et al., (2000).	18
6. TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	19
6.1. Programa PASCET: Weisz, Thurber, Sweeney, Porffit y Leganoux (1997).....	19
6.2. Programa PEAC: Méndez (1998).	21
7. CONCLUSIONES.....	23
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	24

RESUMEN

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes en la etapa infanto-juvenil. Asimismo, está considerado como un problema de salud pública debido a que afecta al bienestar físico y psicológico.

Algunos de los factores de riesgo que afectan a la depresión durante la etapa infantil se encuentran en el sistema familiar. Dentro de estos, se ha comprobado que el conflicto parental es el que puede conllevar peores consecuencias. Además influyen otros factores tales como, la depresión en la madre y el divorcio conflictivo de los progenitores.

Teniendo en cuenta los síntomas y signos que definen a la depresión (CIE-10 y DSM-V), se vienen diseñando cuestionarios y escalas para la evaluación del trastorno, que atienden a distintos niveles de edad y a distintos informantes (padres, profesores y niños).

Son los tratamientos de corte cognitivo-conductual, los que vienen señalando mayores niveles de eficacia y que igualmente se adecúan a distintos momentos del desarrollo de los niños.

Palabras clave: Depresión infantil, evaluación, tratamiento.

ABSTRACT

Depression is one of the most frequent disorders in the infant-juvenile stage. It is also considered a public health problem because it affects physical and psychological well-being.

Some of the risk factors that affect depression during the childhood stage are found in the family system. Within these, it has been demonstrated that the parental conflict is the one that produces worse consequences in children. In addition, other factors such as depression in the mother and conflicting divorce of the parents can affect too.

Attending to the symptoms and signs that define depression (CIE-10 and DSM-V), questionnaires and scales are designed for the evaluation of the disorder, which serve different age levels and different informants (parents, teachers and children).

The cognitive-behavioral treatments are pointing out higher levels of efficacy and they also consider different times of children's development.

Keywords: Infant depression, evaluation, treatment.

1. INTRODUCCIÓN

La depresión infantil está considerada como uno de los grandes problemas en la población infanto-juvenil debido al impacto que genera en la vida personal, familiar y escolar de los niños que la sufren. Así la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que la depresión es la primera causa de enfermedad y discapacidad entre los preadolescentes y adolescentes de entre 10-19 años (OMS, 2014).

Una de las razones por la que se considera importante la realización de este trabajo, es por la cantidad de mitos que existen sobre la depresión infantil, como por ejemplo que los niños no se deprimen, que es un trastorno poco frecuente, que la depresión no existe antes de una determinada edad o que es transitoria.

Algunos estudios muestran que desarrollar depresión infantil incrementa el riesgo de sufrirla en la edad adulta (Vinaccia et al. 2006; Weller y Weller, 2000, citado en López

Soler, C., & Alcántara, M., & Fernández, V., & Castro, M., & López Pina, J., 2010; Horowitz y Garber citado en Orgilés et al. 2017).

Sin embargo, padecer depresión infantil no es causa directa de sufrirla en la edad adulta. Por lo tanto, hay que prestar atención a los factores de riesgo que pueden estar aumentando la probabilidad de manifestar dicha sintomatología, de esta forma será mucho más sencillo seleccionar tanto los instrumentos de evaluación como el tratamiento más adecuado, para conseguir mejorar el bienestar del menor en la mayor medida posible. Un diagnóstico temprano puede facilitar el tratamiento, acortando los plazos para alcanzar la mejora.

Hay estudios que reflejan aspectos positivos sobre la depresión infantil, sugiriendo que solo un 9% de los adolescentes deprimidos, lo son cuando llegan a la edad adulta (Lewinshon, Rode, Seeley, Klein, 2000 citado en Del Barrio, 2007). Aún así, se hace necesario seguir trabajando en la detección precoz, así como en los instrumentos de evaluación y los enfoques terapéuticos, con el fin de disminuir la prevalencia tanto en las etapas infanto-juveniles, como en etapas posteriores.

Si se consigue tratar la depresión infantil de forma efectiva, utilizando prevención en todos los niveles (primaria, secundaria y terciaria), se podrá conseguir aumentar de manera significativa el bienestar físico, psicológico y social a medio y largo plazo en los niños y niñas.

2. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Se calcula que en 2015, según la OMS, la depresión afectó a más de trescientos millones de personas en el mundo, en España, se estima que la cifra afectada estaba

cerca de los dos millones y medio de personas, que representan el 5,2% de la población. En el caso de los menores, el porcentaje es menor aunque sigue siendo considerable, ya que según la asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente (2017), afecta a un 2% de los menores que tienen entre 6 y 12 años. Según Del Barrio (2015, citado por Orgilés, Samper, Fernández-Martínez, y Espada, 2017), las tasas oscilan entre el 5 y el 13% y estas van en aumento junto con la edad, siendo mayor en los adolescentes.

Si concretamos en función del rango de edad la prevalencia varía desde la edad preescolar (entre 3 y 6 años), donde se encuentra un promedio de 1,12% tanto en niños como en niñas y el cual va aumentando cuando avanza la edad (Domènech-Llaberia, Viñas, Pla, Jané, Mitjavila, Corbella y Canals, 2009). Esto lo comprueban otros estudios con la población adolescentes (entre 12 y 17 años), en la que se ha encontrado un 3,8% de casos de depresión (Jaureguizar, Bernaras, Soroa, Sarasa, Garaigordobil, 2015), muy similar al 4% encontrado por la OMS (2005).

Cabe destacar un estudio realizado por Domènech-Llaberia et al. (2009) en el que se les preguntaba a los profesores sobre sus alumnos. Se encontró una prevalencia de depresión en niños preescolares de un 15%, mientras que como se ha comentado anteriormente los diagnosticados suponen un 1,12% del total. Con estos datos, cabe cuestionarse si existe un infradiagnóstico en la muestra como consecuencia de que los niños de esta edad con depresión no son remitidos a los profesionales pertinentes para su evaluación y tratamiento. Este hecho puede deberse al desconocimiento de los síntomas del trastorno, o debido a la confusión que puede generar la depresión infantil en estas etapas, ya que mayoritariamente se presenta con síntomas externalizantes (tales como llantos, irritabilidad, etc.) que se pueden confundir con otros trastornos o con comportamientos “típicos” de estas edades.

3. DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión infantil es un trastorno afectivo, que se inicia en las etapas del desarrollo y produce en el niño o adolescente un estado anímico triste o en algunas ocasiones irritable, descontento con él mismo y con su entorno, sin ganas de jugar o de relacionarse con los iguales. Este conjunto de emociones negativas no se encuentran acordes con el estímulo que las desencadena, ya sea por la intensidad o por la duración. Esto provoca un cambio por un periodo de tiempo, que se ve reflejado en el descenso del disfrute de actividades que anteriormente eran placenteras, en la comunicación con los demás y en el rendimiento escolar (Del Barrio, 2002 citado en Del Barrio, 2007).

Muchos síntomas de la depresión infantil, son compartidos con la depresión mayor en adultos, como por ejemplo: baja autoestima, cambios en el sueño, pérdida de apetito y peso, hiperactividad, disforia y aislamiento social, aunque si presenta algunos característicos como son los problemas de conducta, enuresis, rabietas y desobediencia (Del Barrio, 2007).

Dependiendo de los síntomas que presente cada persona, pueden corresponderse con afectaciones de tipo (Del Barrio, 2007):

- Emocional: Tristeza, anhedonia, desesperanza, irritabilidad, lloros excesivos.
- Motor: Inexpresividad, hipoactividad, hiperactividad.
- Cognitiva: Baja autoestima, falta de concentración, pérdida de memoria, sentimientos de culpa.
- Social: Incompetencia social, aislamiento, soledad.
- Conductual: Desobediencia, rabietas, delincuencia, consumo de sustancias.

- Psicossomática: Cambios en el sueño y la alimentación, enuresis, pérdida de energía, pesadillas.

La presentación de los síntomas es diferente dependiendo de la etapa evolutiva en la que se produce, y se encuentran en continuo cambio, siendo muy diferente si comparamos entre los niños de edades preescolares y los adolescentes. Para facilitar esta diferenciación, se ha dividido en tres etapas, que se presenta en la siguiente tabla:

Menores de 7 años	<p>El síntoma de presentación más frecuente, es la ansiedad. Manifiestan irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo o aumento de la actividad motora y abulia. También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional.</p>
	<p>En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia con los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis).</p>

Niños de 7 años hasta la edad de la pubertad	<p>Los síntomas se presentan fundamentalmente en tres esferas:</p> <p>a) esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte.</p> <p>b) esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales.</p> <p>c) esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.</p>
Adolescentes	<p>Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, y aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones pueden tener pensamientos relativos al suicidio.</p> <p>Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.</p>

Tabla 1. Síntomas en función de la etapa evolutiva según la Guía de práctica clínica en el sistema nacional de salud (2009.)

Como se puede observar en la tabla anterior, los síntomas en la depresión infantil van cambiando, según la etapa evolutiva en la que se encuentre el menor. En primer lugar en las etapas más pequeñas, los síntomas son de carácter externalizantes y es muy frecuente que sean de manera no verbal (como rabietas, llantos, interés por no jugar), siendo característico de estas edades, la asociación con trastornos de la eliminación, como la enuresis y la encopresis.

Cuando la depresión se manifiesta en torno a la pubertad, además de los síntomas externalizantes, aparecen también internalizantes, como por ejemplo baja autoestima, falta de concentración, etc. Cabe destacar, que los síntomas externalizantes que se presentan en esta fase son diferentes en la anterior, ya que en esta es más típico los trastornos de conducta y agresividad.

En relación a la etapa adolescente, se encuentra que los síntomas comienzan a ser muy parecidos a los presentes en la depresión adulta, ya que los síntomas afectivos y cognitivos son interiorizados en la mayor parte de los casos y se presentan con mayor intensidad. Es muy frecuente que esté relacionado con tristeza, anhedonia y en algunos casos con trastornos de ansiedad.

Es difícil establecer un buen diagnóstico en el caso de la depresión infantil ya que puede presentar una alta comorbilidad con otros trastornos, principalmente con ansiedad, aunque también es frecuente con trastornos de conducta, ataques de pánico, problemas de alimentación, dependencia de sustancias y trastornos somáticos (Shaffer y Waslick, 2003 citado en Del Barrio, 2007). La depresión infantil se da entre un 55% y 75% de las veces conjuntamente con una o más perturbaciones.

El gran porcentaje de comorbilidad se encuentra entre depresión y ansiedad, que se sitúa entre el 30 y el 75% (Essau, 2008 citado en Romero, Canals, Hernández-Martínez, Claustre, Viñas, y Domènech-Llaberia, 2010), y se desarrollan principalmente en niños que poseen un estado de ánimo propenso a la preocupación.

Este porcentaje de comorbilidad puede ser explicado por diferentes causas. En primer lugar, la depresión puede darse como resultado de un trastorno anterior, también puede ser esta la causante de otros trastornos, o debido a un solapamiento entre los síntomas de la depresión y el de otras perturbaciones.

Por último, señalar que la depresión infantil muchas veces tiende a remitir espontáneamente e incluso sin llegar a ser tratada. Se ha observado que el 96% de los adolescentes que presentaban depresión infantil, se recuperaron del episodio inicial, aunque a lo largo de cinco años, un 46% de estos tuvieron una recaída (Curry et al, 2010 citado en Rey, Bella-Awusah, Liu, 2015). Esto refleja que es bastante característico tener más de un episodio depresivo, y es importante no solo actuar para tratar los síntomas, sino conocer los factores de riesgo para prevenir la recurrencia

4. FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN INFANTIL

4.1. La familia.

Los desencadenantes frecuentes de la depresión son una combinación de factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales (OMS, 2014).

Al presentarse este trastorno del estado de ánimo a edades tan tempranas, no se puede pasar por alto estudiar el entorno familiar, ya que debería ser el contexto de educación de los niños/as. En primer lugar, saber que según Rivera-Heredia y Andrade-Palos

(2010, citado en Vázquez, 2017) las relaciones intrafamiliares son aquellas interconexiones que se dan en el interior de la familia, e incluyen la percepción que tiene cada integrante de la unión, resolución de problemas, expresión de las emociones, capacidad para adaptarse a los cambios y el manejo de las reglas de convivencia.

Algunas investigaciones se han centrado en estudiar este factor de riesgo en profundidad, encontrando en la mayoría una relación significativa entre depresión y disfunción familiar (Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin, y Jiménez, 2009 y Yu et al. 2015 citado en Orgilés et al. 2017). Se estima que las relaciones familiares negativas están presentes en la mitad de los niños con depresión, mientras que en los no deprimidos se dan sólo en el 15% de los casos (Del Barrio y Carrasco, 2013).

Un estudio reciente realizado por Orgilés, M., Samper, M. D., Fernández-Martínez, I., y Espada, J. P. (2017), demostró que existe una relación significativa entre disforia y autoestima negativa en función de diferentes factores como la estructura familiar, el conflicto interparental y la interacción entre estas. Estos resultados se podrían explicar por la gran influencia que tienen los padres en el desarrollo de la autoestima durante la etapa infanto-juvenil (Birkeland, Melkevik, Holsen, y Wold, 2012, Izquierdo, 2008 citados en Orgilés et al. 2017) y por los sentimientos de culpabilidad que los hijos pueden experimentar acerca de la ruptura de los padres (Wallerstein y Kelly, 1980 citado en Orgilés et al. 2017).

Por lo tanto, la sintomatología depresiva se podría explicar por las consecuencias que produce una situación de conflictividad parental, que dan lugar a un trato inadecuado (mal humor, agresividad o inatención), verse involucrados en las disputas, experimentar sentimientos de culpa sobre el conflicto de los padres o sentirse obligados a

posicionarse apoyando a uno de ellos (Del Barrio y Carrasco, 2013; Grych, Raynor y Fosco, 2004 citado en Orgilés 2017). También puede ser resultado de la baja inversión de tiempo por parte de las madres hacia el vínculo materno-filial, la percepción corporal negativa de sí mismo y que las madres le otorguen mayor importancia a las obligaciones que a las actividades recreativas, como indica Kwak, Lee, Song et al. (2008, citado en Vázquez, 2017).

Esto se comprobó en el estudio de Orgilés et al. (2017) en el que se obtuvo diferencias significativas en disforia cuando existía disparidad en función de la interacción entre la estructura familiar y el conflicto parental, en el que las puntuaciones más bajas se encontraban en los preadolescentes cuyos padres estaban casados y mantenían una relación de bajo conflicto, siendo esta última cualidad la más importante, demostrándose en estudios como el de Musick y Meier (2010).

Por último se puede afirmar que la situación más favorable y un factor protector para disminuir la probabilidad de sufrir depresión en los menores y aumentar el bienestar de este, es tener padres casados o que vivan juntos y presenten una relación no conflictiva. Por consiguiente, se debe prestar especial atención al contexto familiar en todos los niveles, tanto para prevenir que se produzca un trastorno afectivo, como para su tratamiento, ya que como se ha visto tienen un papel importante.

4.2. Divorcio de los padres.

En relación con lo comentado anteriormente, se debe tener en cuenta también el divorcio de los padres, debido a que este proceso puede ser muy complicado para los niños y niñas, especialmente para los más pequeños debido a que no presentan la capacidad suficiente para entender la complejidad de la situación (Triana, 2018). En

muchas ocasiones piensan que uno de los progenitores le abandona, lo que puede conllevar a sentimientos y pensamientos negativos que se pueden acompañar de una merma en la relación con este.

Se ha comprobado que el divorcio de los padres está asociado a una mayor presencia o incremento de problemas externalizados e internalizados en los hijos, entre los que se encuentra la depresión (Amato & Anthony, 2014; Strohschein, 2005; Weaver y Schofield, 2015 citados en Orgilés 2017).

La depresión puede tener relación con el conflicto marital, puesto que en la mayoría de los procesos de divorcio están presentes las disputas, es por ello que existe una interacción entre divorcio parental, conflicto parental y depresión (Pálmarsdóttir, 2015 citado en Orgilés 2017), un ejemplo de ello es un reciente estudio en el que se encontró que el conflicto interparental tras el divorcio aumenta la sintomatología depresiva de los niños (Kalmijn, 2016 citado en Orgilés 2017). Esta unión del conflicto parental con el divorcio, explica la depresión infantil de forma más amplia y mejor que cada factor por separado.

4.3. Depresión de la madre.

Otro factor de riesgo importante es la presentación del trastorno depresivo en la madre, incluso cuando este se encuentra en remisión, debido a que genera un sesgo importante en las madres al reconocer las emociones de sus hijos. Las madres que presentan esta sintomatología, muestran una predisposición a interpretar como tristeza las diversas emociones de sus hijos, aunque en realidad no sea así, pero este hecho tendrá repercusiones en las interacciones madre-hijo por lo que puede generar tanto vulnerabilidad como perpetuación de los síntomas depresivos en los infantes, según

estudios realizados por Klucniok et al., (2016, citado en Vázquez 2017). Por lo que podemos concluir que la familia puede actuar tanto de manera desencadenante de este trastorno como contribuir al mantenimiento.

4.4. Diferencias respecto al género.

Con respecto a si existen de sufrir depresión dependiendo del género, no hay unanimidad en los estudios, ya que algunos encuentran diferencias, señalando que las niñas suelen ser más sensibles a las situaciones adversas de la familia que los niños, lo que da a lugar a una manifestación mayor de la sintomatología emocional (Cova, Maganto y Melipillán, 2005; Matud, Guerrero y Matías, 2006; Lazarevich y Mora-Carrasco, 2007, citados en Vázquez 2017). Estas diferencias según Kendler y Gardner (2014 citado en Vázquez, 2017), pueden ser debidas a que las mujeres son más sensibles ante las dificultades de tipo interpersonal, mientras que los hombres lo son más hacia cuestiones de tipo instrumental y de logro. Aunque como habíamos adelantado anteriormente, se encuentran datos contradictorios como Vogel 2012; Hyde 2014 y Ciubara et al. 2015 citado en Vázquez, 2017), que continúan manteniendo que en los niños no se encuentran diferencias con respecto a los síntomas depresivos, siendo en la adolescencia cuando las niñas muestran mayor prevalencia.

5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.

Realizar un diagnóstico fiable y válido de la depresión infantil es difícil debido a la diversidad de síntomas que presenta el trastorno, por lo que se hace indispensable utilizar más de un instrumento de evaluación. Hemos de comenzar por la utilización de los criterios establecidos por los sistemas de clasificación y diagnóstico, como el CIE-

10 y DSM-V. Además de entrevistas estructuradas para niños, padres y/o profesores, cuestionarios y escalas específicos para el problema.

5.1. Sistemas de clasificación.

En primer lugar, se debe escoger un manual en el que se establezcan unos criterios específicos para la depresión infantil, como por ejemplo en el CIE-10, el cual se presenta a continuación:

Los criterios de la CIE-10 son más específicos que los del DSM-V. Por un lado, la CIE-10 (Ibor, 1994). hace una distinción dentro del episodio depresivo, señalando las posibles diferencias que se pueden encontrar entre la población adulta y la infantil. Por ejemplo, los niños además de mostrarse deprimido, pueden estar irritables o con comportamiento hiperactivo, siendo estas descripciones sobre el estado ánimo bastante difusas. Otra diferencia es que la anhedonia se centra en el juego y en el ámbito escolar, donde también pueden existir problemas de concentración y un bajo rendimiento académico. Es fundamental, establecer la diferencia en cuanto a los indicios suicidas, ya que en estas etapas no son de carácter verbal sino que se muestran con comportamientos de riesgo o actos autolesivos. Por último, otro criterio diferenciador que señala la CIE-10, es que en el caso de los niños no pierden peso, sino que dejarían de ganarlo.

Aún así, el CIE-10 presenta algunos déficits como que no diferencia los síntomas en relación a un rango de edad dentro de la infancia, mientras que a lo largo del desarrollo los síntomas depresivos son cambiantes.

Respecto al DSM-V (APA, 2013), únicamente se establecen dos criterios exclusivos para la depresión infantil, lo que podría ser considerada su utilización como deficitaria,

especialmente en las etapas donde los síntomas no se asemejan a los padecidos en adultos.

5.2. Instrumentos de evaluación

Con respecto a la evaluación, se debe tener en cuenta el rango de edad aplicación recomendado, por lo que se expondrá alguno de los cuestionarios más importantes en función de los años del niño.

5.2.1. Entre 3 y 6 años: *Preschool Syptoms Self-Report (PRESS)* (1990).

En este rango de edad, se encuentra el *Preschool Syptoms Self-Report (PRESS)*, creado por Martini et al. (1990).

Este cuestionario consta de 25 láminas, en cada una de ellas se muestran dos representaciones de carácter pictórico, una es de carácter alegre y la otra triste. El niño/a debe elegir la opción con la que se sienta más identificado de cada lámina, para facilitar este procedimiento, cuenta con dos versiones, en la que el protagonista es un niño o una niña. Presenta buenas características psicométricas para la población española.

Además cuenta con versiones para padres y profesores, de carácter verbal.

5.2.2. Entre 6 y 17 años: *Children's Depression Inventory (CDI)* (1992).

Este cuestionario está creado por Kovacs (1992), es el más utilizado para evaluar la depresión infantil en este rango de edad, debido a que presenta una gran facilidad de lectura, está compuesto con 27 ítems con tres opciones de respuestas (0=ausencia de sintomatología; 1=sintomatología leve; 2=sintomatología depresiva).

En la evaluación se mide la intensidad depresiva sobre el estado emocional en las dos últimas semanas en autoestima, anhedonia y desesperanza. Se suele aplicar de manera individual, para casos clínicos, o de forma colectiva para investigaciones.

Este cuestionario, se ha sometido a varias revisiones, y además de presentar una versión larga y otra corta, cuenta con entrevistas para los padres y profesores, ya que ha considerado que la información adicional que proporcionan estas dos fuentes es importante.

Con todo esto, el CDI, pretende medir la depresión infantil teniendo en cuenta aspectos cognitivos, emocionales y motores.

5.2.3. Entre 3-18 años: Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC) (2011).

El cuestionario BASC está diseñado por Reynolds y Kamphaus (2011), está compuesto por tres versiones diferentes dependiendo de la edad. El nivel 1 (desde 3 hasta 6 años), nivel 2 (desde 6 hasta 12 años) y nivel 3 (desde 12 hasta 18 años). Con esto se consigue adaptar las preguntas a la capacidad y necesidades del niño.

Se utiliza para evaluar distintas dimensiones patológicas tales como trastornos emocionales, problemas de personalidad, problemas conductuales y por otro lado dimensiones adaptativas como liderazgo, habilidades sociales, etc., ya que puede ser muy útil conocer las fortalezas del niño.

Esta prueba contiene cinco componentes que son un autoinforme (destinado al niño o adolescente), cuestionarios para padres y profesores, en la que también se miden conductas adaptativas y desadaptativas; preguntas sobre la historia del menor en los

diferentes ambientes (información social, psicológica, del desarrollo y médica) y por último un sistema para establecer la observación de conductas del menor.

5.2.4. Entrevistas: Development and Well-Being Assessment (DAWBA), Goodman et al., (2000).

La DAWBA, es una entrevista para el diagnóstico de distintos problemas infantiles. Está diseñada teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del CIE-10 y el DSM-IV, para niños de 5 a 16 años.

La entrevista tiene dos tipos de preguntas, cerradas (“¿alguna vez se ha sentido preocupado?”), en la parte inicial y en la fase final se encuentra las preguntas abiertas (“¿describa con sus propias palabras qué es lo que le preocupa?”). Durante toda la entrevista se deberá ir apuntando si se presenta alguna dificultad o si se niega a contestar alguna parte.

Como la DAWBA cubre más de un trastorno, permite que se omitan algunas secciones, si bajo el criterio del examinador, considera poco probable que presente los diagnósticos de las mismas.

La información que se recopila proviene de las tres versiones que tiene la entrevista, además de la referida a los niños, también posee otras con los padres y los maestros de menores de 2-17 años.

En resumen, la evaluación en la depresión infantil debe tener un carácter multiaxial en la que se tenga en cuenta a padres, profesores y al propio niño. Se necesitará a más de un evaluador y la utilización como mínimo de dos instrumentos diferentes y es fundamental el análisis de la conducta que debe realizar el psicólogo.

6. TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL.

Diferentes modelos y perspectivas de tratamiento pueden tenerse en cuenta para la depresión infantil: terapia de conducta, cognitiva, interpersonal, de apoyo, sistémica-familiar. Además del tratamiento farmacológico.

Por lo tanto, se debe buscar aquel tratamiento o combinación de estos que persigan la mayor eficacia y que proporcione el mayor bienestar a la persona en su ambiente.

En referente a esto, uno de las comparaciones más estudiadas es la diferencia entre el tratamiento farmacológico y el psicológico. La eficacia de ambos a corto plazo es similar, mientras que a largo plazo presenta mayor eficacia los tratamientos psicológicos, existiendo una tasa tanto de recaídas como de abandonos menor (De maat et al., 2006; Malterer, Mckay y Wampold, 2008 citados en Antón-Menárguez, García-Marín, García-Benito, 2016).

Resultados similares se han obtenido cuando se estudia la eficacia de los tratamientos combinados (farmacológicos y psicológicos) y la psicoterapia, encontrándose que existe una mayor eficacia para el combinado a corto plazo, pero a largo plazo sigue siendo mejor la psicoterapia de forma aislada (Cuijpers, Van Straten, Warmerdam y Andersson, 2009 citado en Antón-Menárguez et al.). Por lo que pasamos a señalar que han mostrado una mayor eficacia:

6.1. Programa PASCET: Weisz, Thurber, Sweeney, Porffit y Leganoux (1997)

En primer lugar, se mostrará un tratamiento cognitivo-conductual, el programa PASCET (Weisz et al., 1997). Presenta dos objetivos principales, el primario está centrado en la modificación de las condiciones subjetivas del niño, como por ejemplo la aceptación por su grupo de amigos, mientras que el segundo, está destinado a cambiar

las condiciones subjetivas, como son los estados de ansiedad o las creencias irracionales. Con esta terapia, se va a enseñar al menor, a afrontar las dificultades más frecuentes en la depresión infantil, con el refuerzo de videos, juegos y un cuaderno de prácticas donde se le incluirán recordatorios y dibujos.

En este programa se va a seguir una estructura en función de los dos objetivos que se habían planteado anteriormente. En primer lugar se van a establecer dos habilidades de control primario, una de ellas es que el niño debe elegir y comprometerse a realizar actividades agradables, como por ejemplo salir con los amigos o algún familiar, donde se estarían reforzando las relaciones interpersonales, o realizar deporte, se le puede preguntar si anteriormente realizada algún deporte que fuera satisfactorio para él. Y la otra sería fijar unas metas para llevar a cabo las actividades que se han propuesto, es mucho más efectivo que estas metas se proponga por consenso con el niño, porque de esta manera se sentirá más involucrado en la tarea y obtendrá mayor motivación, también se debe empezar por metas fáciles de conseguir para aumentar su autoeficacia, y luego ir aumentando la dificultad progresivamente.

Por otro lado, se proponen tres habilidades para el segundo objetivo propuesto, el que comenzaría por identificar y modificar los pensamientos depresivos, se debe realizar sobre todo con niños que presenten una capacidad cognitiva suficiente, a partir de los 7 años ya comienzan a reconocer parcialmente las emociones. Después se procederá a emplear estrategias cognitivas para mejorar el estado de ánimo, por ejemplo en una experiencia negativa que cuente el niño, se buscará algún hecho esperanzador, al cual se le asignara la importancia suficiente, como para que el suceso negativo no tenga tanta trascendencia en él. Por último se le enseñaran estrategias de relajación e imaginación positiva.

Se realizó un estudio para comprobar la efectividad por Weisz, Thurber, Sweeney, Porffit y Leganoux (1997 citado en Méndez y Espada, 2001) con una muestra de niños de 9-12 años, en el que se observó una disminución en las puntuaciones de depresión de un 50% en el posttest y un 62% a los nueve meses. La proporción de niños recuperados que se obtuvo del CDRS-R fue de un 38% al terminar la terapia y un 69% en el seguimiento.

6.2. Programa PEAC: Méndez (1998).

Este programa se centra principalmente en tres elementos que son la educación emocional, actividades agradables, reestructuración cognitiva, y para complementarlas también se proponen: enseñarle actividades de relajación, mejora habilidades sociales, higiene de sueño y reatribución. Otras de las actividades que propone el programa, están dirigidas a la generalización y mantenimiento de los logros terapéuticos mediante tareas para casa, resolución de problemas y entrenamiento en autocontrol (Méndez, 1998 citado en Méndez y Espada, 2001).

En la parte de educación emocional, se enseñará al niño a reconocer sus emociones y diferenciarlas de otras, conocer también la intensidad que tienen e identificar qué situaciones son las que le provoca estados emocionales específicos. Esto se trabajará mediante diferentes juegos como el ejercicio de la “tarta de los sentidos”, en el que mediante la analogía de una tarta, en la que cada trozo es un sentimiento, se enseña al niño a asociar estados emocionales con las situaciones que los provocan.

Con respecto a las actividades agradables, se deben diseñar un conjunto de actividades amplio, para que el niño no se sacie y con las que se consiga diferentes objetivos. Por lo tanto, debe haber actividades sociales (salir con amigos, hablar por teléfono con un

compañero), en las que además de realizar una actividad placentera, se consiga apoyo social, lo que ayudará a disminuir las rumiaciones. También actividades de éxito, las cuales se dominan y se logren con facilidad un beneficio para el niño y/o para las personas de su entorno, con esto se conseguirá mejorar la autoestima y actividades físicas (montar en bicicleta, nadar, etc.), estas mejorarán el estado de forma y disminuirán el aburrimiento y la pasividad.

El último elemento es la reestructuración cognitiva, se enseña el modelo A-B-C (adversidad, balance cognitivo, consecuencias) a través de explicaciones verbales y ejercicios en los que se muestran al niño la forma y el contenido de los pensamientos y razonamientos depresivos. Un evento negativo, pero también uno neutro o positivo malinterpretado por el niño, es el generador de la adversidad, la cual produce sentimientos de tristeza, ansiedad, irritabilidad, etc. (consecuencias emocionales) y conllevan respuestas de evitación, escape que serían las consecuencias conductuales.

Para explicarle como funciona este proceso se utilizará situaciones en las que se pueden actuar de dos maneras diferentes dependiendo de cómo afronte la situación, para que las pueda percibir con claridad, se exponen reacciones que sean totalmente extremas. Después de que comprenda la dinámica de la reestructuración cognitiva, se continuará con la sustitución de pensamientos automáticos, esquemas cognitivos depresógenos, errores lógicos por formas de pensar de manera adaptativa y realista al tomar una actitud crítica, cuestionando las ideas y creencias que presenta ante la realidad.

Como se ha ido exponiendo durante la revisión, la función de las personas que se encuentran en el entorno del niño tiene un gran papel, es por ello que el PEAC,

promueve la cooperación por parte de familiares, maestros y amigos, siendo de mayor importancia los padres.

7. CONCLUSIONES

La depresión infantil es un trastorno que afecta a la vida del niño en todos sus ámbitos: personal, social, académico, familiar, generando un malestar físico y psicológico que puede conllevar consecuencias graves. Hay un porcentaje importante de afectados por la depresión en etapas infantiles, aunque el diagnóstico es complejo debido a la variabilidad de los síntomas en esta etapa. Igualmente puede darse un posible infradiagnóstico debido al desconocimiento del curso del trastorno, confusión por los síntomas externalizantes en las primeras etapas que se atribuyen a otros trastornos o comportamientos “típicos” de estas edades y por el mito de que los niños no se deprimen.

Los factores de riesgo se deben tener en cuenta debido a que se manifiesta en una edad, en la que el entorno es fundamental para un desarrollo óptimo. Principalmente la relación intrafamiliar en la que se ha visto que tiene una gran influencia y es determinante en la evolución del niño, ya que en la familia se desarrolla la autoestima, la autoeficacia y la independencia; y en el caso de que no se den las condiciones favorables, puede ser el origen de trastornos como la depresión infantil. Estas variables son estudiadas por Orgilés et al. (2017)

El reconocimiento de la depresión en la infancia, comenzó en 1977 debido a la publicación de las actas del Congreso Nacional del Instituto de Salud Mental y por la publicación del DSM-III, en 1980. A partir de este momento, se ha avanzado en la evaluación y en los tratamientos, desarrollándose instrumentos específicos, que

presentan buenas propiedades psicométricas debido a las constantes revisiones y mejoras. Una evaluación fiable y válida requiere de la utilización de más de una prueba y de más de un informante sobre la conducta del niño.

Respecto a los tratamientos, señalar que son los enfoques cognitivos-conductuales según (Cuijpers, Van Straten, Warmerdam y Anderson, 2009, Mendez et al., 2002 citados en Antón-Menárguez, García-Marín y García-Benito, 2016) señalan que son los que muestran la mayor eficacia en los resultados. Una modificación conductual que favorezca un cambio efectivo y el trabajo en emociones y pensamientos son los elementos fundamentales incluidos en ellos.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Antón-Menárguez, V., García-Marín, P., y García-Benito, J. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3 (1), 45-52.

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (2017). Recuperado de: <https://aepnya.es/>

Cardila, F., Martínez, Á. M., Martín, A. B. B., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Jurado, M. D. M. M., y Linares, J. J. G. (2015). *Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años*. EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 5(2), 267-279.

Del Barrio, V. (2007). *El niño deprimido*. Barcelona: Editorial Ariel.

- Del Barrio, V., & Carrasco, M. A. (2013). *Depresión en el niño y el adolescente*.
- Domenech-Llaberia, E., Viñas, F., Pla, E., Jané, M. C., Mitjavila, M., Corbella, T., y Canals, J. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *European child & adolescent psychiatry*, 18(10), 597-604.
- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., y Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(5), 645-655.
- Ibor, J. J. L. (1994). *CIE 10: trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor.
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., Soroa, M., Sarasa, M., y Garaigordobil, M. (2015). Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Psicología Conductual*, 23(2), 245-264.
- Kovacs M. (1992). *The Children's Depression Inventory Manual*. New York: Multi-Health Systems.
- López Soler, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M., y López Pina, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26 (2), 325-334.
- Martini DR, Strayhorn JM, Puig-Antich J (1990). A symptom self-report measure for preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(4), 594-600.

- Méndez, F.X. (1998). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X. y Espada, J.P. (2001), Tratamiento psicosocial de la depresión infantil. *Informació Psicológica*, (76) 24-35.
- Ministerio de Ciencia e Innovación, (2009). *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia*.
- Musick, K., y Meier, A. (2010). Are both parents always better than one? Parental conflict and young adult well-being. *Social science research*, 39(5), 814-830.
- Organización Mundial de la salud (2014). *La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>.
- Orgilés, M., Samper, M. D., Fernández-Martínez, I., y Espada, J. P. (2017). Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2).
- Rey, M.J., Bella-Awusah, T.T., Liu, J. (2015). Depresión en niños y adolescentes. En Rey M.J. (ed.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*, 1-41. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Reynolds, C. R., y Kamphaus, R. W. (2002). *The clinician's guide to the Behavior Assessment System for Children (BASC)*. Guilford Press.

- Romero, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Claustre, M., Viñas, F. y Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613-616.
- Triana, B. (2018). *La ruptura familiar*. Recuperado de: <https://campusvirtual.ull.es/> en Universidad de La Laguna.
- Vázquez, M. V. (2017). Relación entre la depresión infantil y la percepción de las relaciones intrafamiliares. *Investigación y Práctica en Psicología del Desarrollo*, 2(1), 53-66.
- Weisz, J. R., Thurber, C. A., Sweeney, L., Proffitt, V. D., LeGagnoux, G. L. (1997). Brief treatment of mild-to-moderate child depression using Primary and Secondary Control Enhancement Training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 703-707.