

# DEPRESIÓN INFANTO- JUVENIL: EVALUACIÓN, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

## 2ª Edición actualizada

MAITE GARAIGORDOBIL  
Universidad del País Vasco

ELENA BERNARÁS  
Universidad del País Vasco

JOANA JAUREGUIZAR  
Universidad del País Vasco

Curso válido como mérito formativo que puntuará para la obtención de las Acreditaciones Nacionales del Consejo General de la Psicología





Formación Continuada a Distancia  
Consejo General de la Psicología de España

## Contenido

DOCUMENTO BASE ..... 3

Depresión infanto-juvenil: Evaluación, prevención y tratamiento

FICHA 1 ..... 48

“Pozik Bizi (Vivir Feliz)”: Programa para la mejora de las emociones y los síntomas depresivos en niños y niñas de 8 a 10 años

FICHA 2 ..... 53

Intervención en la depresión mediante el programa “Pozik Bizi (Vivir Feliz)”:  
Evaluación del cambio en Julen, varón de 8 años de edad

# Documento base.

## Depresión infanto-juvenil: Evaluación, prevención y tratamiento

### ÍNDICE

#### Introducción

1. Depresión en la infancia y la adolescencia: definición, prevalencia, consecuencias, conexión con otras variables y predictores
    - 1.1. Definición del trastorno y características
    - 1.2. Prevalencia de la depresión infantil y adolescente
    - 1.3. Consecuencias de la depresión durante la infancia y la adolescencia
    - 1.4. Depresión infantil y adolescente: conexión con otras variables, predictores, factores de riesgo y protección
  2. Instrumentos de evaluación de la depresión infantil y adolescente
    - 2.1. Pruebas autoaplicadas para medir la depresión infantil y adolescente
    - 2.2. Pruebas heteroaplicadas para medir la depresión infantil y adolescente
    - 2.3. Conclusiones sobre las pruebas de evaluación de la depresión infantil y adolescente
    - 2.4. Indicadores de observación de la depresión infantil y adolescente
    - 2.5. Señales de riesgo y factores protectores del suicidio infanto-juvenil
  3. Prevención de la depresión infantil y adolescente: el papel de la escuela y la familia
    - 3.1. Programas de prevención de la depresión infantil y adolescente
    - 3.2. El papel de la familia en el desarrollo y la prevención de la depresión infantil y adolescente
  4. Tratamientos clínicos de la depresión infanto-juvenil
    - 4.1. Tratamientos farmacológicos
    - 4.2. Tratamientos psicológicos
    - 4.3. Evidencias de validación de los tratamientos
    - 4.4. Algunas recomendaciones para la intervención en la depresión infanto-juvenil
    - 4.5. Tratamientos psicológicos eficaces para la reducción de la conducta suicida y las autolesiones en jóvenes
- Ficha 1. "Pozik Bizi (Vivir Feliz)": Programa para la mejora de las emociones y los síntomas depresivos en niños y niñas de 8 a 10 años
- Ficha 2. Intervención en la depresión mediante el programa "Pozik Bizi (Vivir Feliz)": Evaluación del cambio en Julen, varón de 8 años de edad

Notas: Para facilitar la lectura, en este documento se utiliza el genérico que incluye ambos sexos. La investigación que ha permitido crear y evaluar el programa de prevención "Pozik Bizi (Vivir Feliz)" se ha desarrollado gracias a la financiación de la Fundación Koplowitz.

## INTRODUCCIÓN

La salud mental en la infancia, adolescencia y juventud no ha sido considerada en la medida que se requiere. En las últimas décadas muchos profesionales de la Psicología han manifestado su preocupación por la atención a la salud mental en España y, especialmente, por la ausencia de atención para identificar y prevenir los problemas de salud mental infanto-juvenil. En la salud mental de adultos son escasos los recursos personales y existe un excesivo uso de fármacos, en menoscabo de tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces. La situación en la salud mental infanto-juvenil es aún peor, ya que no hay profesionales especializados porque se ignora el desarrollo de la especialidad de Psicología Clínica infanto-juvenil que desde hace mucho tiempo se viene demandando. Lamentablemente, esta situación conlleva que no se realicen acciones de detección, ni de prevención ni de intervención precoz que eviten el desarrollo de futuras patologías más graves y/o la cronificación de las emergentes en edades tempranas (Garaigordobil, 2021). Aunque en este trabajo nos centramos en la depresión infanto-juvenil, ya desde la introducción deseamos poner el énfasis en la importancia de atender todos los problemas de salud mental durante la infancia, la adolescencia y la juventud.

Actualmente la depresión es una de las enfermedades mentales que más preocupa a las autoridades sanitarias. El 17 de abril de 2017 se celebró el Día Mundial de la Salud, siendo el tema elegido para esa campaña 2017 la depresión. Con esta elección, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2017a) tuvo como objetivo aumentar la conciencia pública sobre las características y repercusiones de este problema de salud mental, resaltar el papel del entorno cercano para apoyar a las personas con depresión, así como impulsar el interés de los gobiernos para que las personas con depresión reciban la ayuda y el tratamiento necesarios.

La OMS (WHO, 2017b, 2018, 2021a) afirma que la depresión constituye un problema de salud pública, siendo la primera causa de discapacidad en el mundo. Se estima que más de 300 millones de personas viven con depresión, lo que supone un incremento de más del 18% en un periodo de 10 años (2005-2015), siendo el suicidio la segunda causa de muerte en las personas entre 15 y 29 años (WHO, 2017b, 2019c). El índice de prevalencia de la depresión está aumentando año tras año.

La depresión tiene consecuencias muy negativas en todas las áreas de vida de las personas (familia, amigos, trabajo...), y es un importante problema de salud pública, que además implica un alto gasto sanitario. Por este motivo, el tratamiento de la depresión junto con otros trastornos graves de salud mental aparece recogido como uno de los objetivos para la implementación del plan de acción de salud mental 2013-2020 de la OMS (WHO, 2015, 2016ab, 2017ab, 2018).

Las distintas clasificaciones de enfermedades mentales, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (APA, 2014) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 (WHO, 1992), apenas distinguen la depresión adulta de la infantil. El DSM-5 (APA, 2014) ha incorporado en su clasificación el *trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo*. En este trastorno los niños y jóvenes de 7 a 18 años presentan irritabilidad crónica, grave y recurrente y se puede manifestar verbal y conductualmente. En el *trastorno de depresión mayor* también se hace una referencia a que los niños muestran su malestar con un estado de ánimo irritable. El CIE-10 supone que las características de la depresión en edades tempranas y en la adultez no presentan muchas diferencias.

Durante muchos años se ha creído que los niños y niñas eran felices durante la infancia. No ha sido hasta estas últimas décadas cuando desde diferentes ámbitos educativos (familia, escuela, tiempo libre...) se ha empezado a comprender las necesidades emocionales durante la infancia. Aunque el diagnóstico de la depresión infantil es complejo, parece evidente que las manifestaciones de malestar que presentan los niños no pueden ser las mismas que las de los adultos, dado que su desarrollo cognitivo, social y emocional está en proceso de desarrollo. Además, tal y como afirman muchos profesionales e investigadores, los síntomas depresivos que se desarrollan en la infancia y la adolescencia tienen un impacto considerable en la salud en la edad adulta.

Por esta razón, es necesario profundizar en las características de la depresión infantil, y conocer además de la prevalencia de los niños que sufren sintomatología depresiva grave, cuántos presentan síntomas menos graves. Normalmente los estudios muestran datos con sintomatología depresiva infantil más severa, pero apenas se identifican los porcentajes de niños que presentan síntomas de riesgo, ya que si éstos no son detectados y eliminados tempranamente podrían convertirse en casos graves en un futuro no muy lejano. La depresión infantil requiere una especial atención por su influencia en el desarrollo integral del niño y por las serias consecuencias que tiene a medio y largo plazo en la adolescencia y edad adulta, por ejemplo, el riesgo de desarrollar otras patologías mentales.

La depresión durante la infancia y la adolescencia supone una preocupación y un reto para familias, educadores y profesionales de la salud, ocupando un lugar destacado en las investigaciones sobre trastornos psicopatológicos. De hecho, la depresión, junto a la ansiedad, constituye uno de los trastornos de salud mental más comunes en niños y adolescentes, si bien los datos sobre su prevalencia varían en función de la muestra utilizada, los instrumentos de evaluación empleados, las fuentes de información consultadas, o los intervalos de edad analizados.

En relación a la depresión en la infancia y la adolescencia, en este trabajo, primero se clarifican los síntomas de la depresión infantil y adolescente, se informa del porcentaje de niños y adolescentes que sufren estos problemas, de las consecuencias de la depresión, de las conexiones que existen entre depresión y otros factores (relaciones sociales, ansiedad, estrés, autoestima, resiliencia, rendimiento académico...), de las variables que predicen la depresión infantil y adolescente, así como de factores de riesgo y protectores. En segundo lugar, se presentan algunos instrumentos de evaluación (tests psicométricos, entrevistas, indicadores de observación y señales de alerta de riesgo suicida) que permiten identificar y evaluar la depresión durante la infancia y la adolescencia. En tercer lugar, se realiza una revisión sistemática de los programas de prevención de la depresión infantil y adolescente para llevar a cabo en contextos escolares y clínicos, y se clarifica el importante papel de la familia en la prevención de la depresión. Finalmente, se exponen los tratamientos clínicos más utilizados en la depresión infanto-juvenil, evidencias de su eficacia, algunas recomendaciones para la intervención y tratamientos psicológicos eficaces para la reducción de la conducta suicida y las autolesiones en jóvenes. Para completar el material docente se presenta la ficha 1 en la que se describe el programa "Pozik Bizi (Vivir Feliz)", un programa para la mejora de las emociones y los síntomas depresivos en niños de 8 a 10 años, basado en la evidencia, y la ficha 2 en la que se muestra el cambio de un varón de 8 años después de haber experimentado el programa "Pozik Bizi (Vivir Feliz)".

## **1. DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: DEFINICIÓN, PREVALENCIA, CONSECUENCIAS, CONEXIÓN CON OTRAS VARIABLES Y PREDICTORES**

### **1.1. Definición del trastorno y características**

Cuando se intenta precisar qué se entiende por depresión infantil y adolescente hay que tener en cuenta dos cuestiones, en primer lugar, que en un manual diagnóstico como el DSM la depresión es tendencialmente considerada solo como un trastorno adulto, con una leve alusión a la depresión infantil en donde la tristeza podría ser reemplazada por la irritación; y en segundo lugar, que se trata de un trastorno emocional y los niños y adolescentes viven en una atmósfera emocional mucho más intensa que los adultos. En el DSM hasta la fecha la depresión no se ha considerado propiamente como una alteración incluíble bajo el epígrafe de "trastornos que comienzan en la infancia" con lo cual se plantea un primer problema. Otra dificultad distinta es el marco teórico desde el que se explica la depresión, el cognitivo, ya que no se ajusta exactamente a su carácter de trastorno emocional y menos a la emoción de los niños y adolescentes cuya cognición está en vías de desarrollo.

En síntesis, definir la depresión en los primeros años no es fácil ni desde el punto de vista teórico ni aplicado. Por ello no es de extrañar que en sus comienzos la depresión infantil fuese negada. Hoy la comunidad científica está de acuerdo en admitir que la depresión infantil existe y que es un trastorno afectivo muy similar a la depresión adulta (Del Barrio y Carrasco, 2013). Desde esta complejidad para definir la depresión infantil y adolescente, Del Barrio (2000, 2007) propone una definición globalizadora, desde la que entiende la depresión como un cambio persistente en la conducta consistente en el descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, comunicar con los demás, rendir escolarmente, con presentación de alteraciones de funciones corporales y frecuentemente acompañada de acciones plurales de protesta.

La tristeza es una emoción normal que pueden sentir todos los niños en diferentes momentos de su vida, pero la depresión y la tristeza no son términos sinónimos. Los niños con depresión están más desanimados que aquellos que están tristes, y esa tristeza se puede observar en muchos momentos a lo largo del día, casi todos los días.

El DSM-5 (APA, 2014) en su clasificación de los trastornos depresivos incluye, entre otros, el *trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo*, el *trastorno de depresión mayor* y el *trastorno depresivo persistente (distimia)*. Todos los trastornos depresivos presentan una serie de características comunes: estado de ánimo deprimido, sentirse vacío o irritable, y cambios cognitivos y somáticos que influyen en la capacidad funcional de la persona. La diferencia fundamental estriba en la duración del trastorno, pero también se tiene en cuenta cuándo aparece y su etiología.

**Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo** (APA, 2014): Es un trastorno que se ha incluido recientemente en la clasificación por la necesidad de diagnosticar y tratar la irritabilidad crónica y los accesos de cólera graves. En los últimos años a los niños que presentaban estas características frecuentemente se les diagnosticaba trastorno bipolar. Entre los síntomas más importantes de este trastorno caben destacar: (1) Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p.ej., agresión física a la personas o propiedades); (2) Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo; (3) Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces a la semana; (4) El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días; (5) Los síntomas han estado presentes durante 12 meses o más; y (6) Los síntomas están presentes al menos en dos de tres contextos (en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos. El comienzo de este trastorno debe producirse antes de los 10 años de edad y el diagnóstico no debería realizarse a menores de 6 años. El rasgo central de este trastorno es la irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad se manifiesta en accesos de cólera frecuentes (verbales y/o conductuales) en respuesta a la frustración, y en un estado de ánimo irritable o enfadado, presente la mayor la mayor parte del día, casi a diario, siendo percibido por las personas del entorno del niño. Este trastorno es frecuente entre los niños que acuden a las consultas de salud mental infantil. Se estima que la prevalencia en niños y adolescentes oscila entre 2%-5%. La baja tolerancia a la frustración que presentan estos niños dificulta su evolución escolar, no disfrutaban con actividades lúdicas con las que disfrutaban otros niños, dificultan la convivencia familiar por las crisis y por su grave irritabilidad, teniendo problemas para hacer y conservar amigos.

**Trastorno de Depresión Mayor** (APA, 2014): En este trastorno la persona siente una gran tristeza, pérdida, enfado o frustración, y esos sentimientos le impiden realizar una vida normal. Entre las características de la depresión mayor cabe destacar la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas, durante un período de 2 semanas, que representan un cambio del funcionamiento previo: (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días. En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable; (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días; (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso; (4) Insomnio o hipersomnia; (5) Agitación o retraso psicomotor; (6) Fatiga o pérdida de energía; (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada; (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones; y (9) Pensamientos de muerte y/o ideas suicidas recurrentes. Para el diagnóstico de trastorno debe haber al menos uno de estos dos síntomas: (1) estado de ánimo deprimido, o (2) la pérdida de interés o de placer. Además, los síntomas tienen que causar malestar clínicamente significativo o deterioro en el área social u otras áreas importantes del funcionamiento.

El estado de ánimo que describen estas personas es triste, deprimido, sin esperanza, desanimado. En ocasiones se describen como “sosos”, sin sentimientos, o se sienten ansiosos, y se puede deducir su estado de ánimo por su expresión o por su comportamiento. Algunas personas muestran quejas somáticas (p.ej., dolores corporales), otras presentan un aumento de la irritabilidad o culpabilizan a otros, o muestran una frustración exagerada por acontecimientos menores.

Por lo general, el niño que está deprimido no sonríe, le falta ilusión por vivir, no tiene confianza en sí mismo, ni capacidad para hacer amigos y mantenerlos. El cambio más importante suele observarse en sus actividades de ocio o hobbies. Dejan de interesarles las actividades que les gustaban y se aíslan. Estos niños no juegan, no participan en clase y lloran a menudo. Frecuentemente presentan una valoración negativa de sí mismos, una desvalorización personal. Pueden estar irritables o silenciosos, suelen presentar síntomas ansiosos o fobias, se preocupan mucho por su salud física y se quejan de dolores (p.ej., dolores de cabeza, dolores articulares, dolores de tripa...).

En ocasiones se observa agitación motora (p. ej., dificultad para sentarse o para estar quieto, andar de un lado para otro sin parar, retorcerse las manos, tocar o frotar la ropa u otros objetos) o en otras ocasiones se observa lentitud (p. ej., en el pensamiento, o en los movimientos corporales, aumento de la lentitud en la respuesta, en el tamaño, inflexión y cantidad del discurso o disminución de los contenidos, incluso pueden quedarse mudos). Es frecuente que disminuyan la energía y se sientan cansados, incluso sin haber realizado ejercicio físico.

Algunas personas afirman que no pueden pensar, que no se pueden concentrar o que no pueden tomar pequeñas decisiones. Parece que se distraen muy fácilmente o que tienen problemas de memoria. En la infancia, si bajan mucho las notas académicas puede estar indicando dificultades de concentración. Cuando la depresión se trata con éxito, los problemas de memoria desaparecen. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1,5-3 veces mayores que las de los hombres, iniciándose el trastorno en la adolescencia temprana.

Este trastorno se asocia a una alta tasa de mortalidad y en muchas ocasiones se debe al riesgo de suicidio asociado (aunque no siempre). En la depresión mayor son frecuentes los pensamientos acerca de la muerte, la ideación suicida y los intentos de suicidio. Parece ser que los hombres adultos son los que han presentado mayor riesgo de suicidio, pero actualmente las tasas de suicidio están aumentando en los adolescentes, y son los que presentan mayor riesgo. Las consecuencias funcionales del trastorno de depresión mayor varían desde un deterioro ligero hasta la incapacidad completa (se siente incapaz de atender las necesidades básicas de autocuidado), mutismo, dolor, enfermedades físicas, y disminución del funcionamiento de las áreas físicas, social y personal.

**Trastorno Depresivo Persistente (distimia)** (APA, 2014): En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV. Se caracteriza por un estado depresivo que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, y se produce durante un mínimo de dos años. En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y debe durar mínimamente un año. Además, debe presentar durante la depresión dos o más de los siguientes síntomas: Poco o excesivo apetito; Insomnio o hipersomnia; Baja autoestima; Falta de concentraciones 2, 3, 4, 5, 6 y 7). ente (Distimia)os dos de los svaluacil programa.ón o dificultad de tomar decisiones; Fátiga o pérdida de energía; y Sentimientos de desesperanza. Las personas que tienen estos síntomas durante un período de dos años (un año en niños y adolescentes), no han estado, además, dos meses seguidos sin los síntomas descritos.

Quienes presentan este trastorno describen su estado de ánimo como triste o “por los suelos”. Durante estos periodos de ánimo deprimido, el primer síntoma debe aparecer siempre, y se han de presentar al menos dos del resto de los síntomas descritos. El trastorno depresivo persistente tiene a menudo un inicio temprano y va apareciendo de forma oculta, maliciosa y dañina en la infancia, adolescencia o en la juventud, y por definición, tiene un curso crónico. El DSM-5 (APA, 2014) especifica que los pacientes que presentan síntomas que cumplen los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor durante dos años se deberían diagnosticar, además, de trastorno depresivo persistente.

## 1.2. Prevalencia de la depresión infantil y adolescente

Tal y como enfatiza la OMS, los problemas y trastornos emocionales relacionados con la depresión y la ansiedad se encuentran entre los más prevalentes y con mayor capacidad de generar desadaptación en niños y adolescentes de entre 10 y 19 años (WHO, 2014).

Muchos estudios alertan de la alta prevalencia de la depresión a edades tempranas (Katz, Conway, Hammen, Brennan y Najman, 2011; Kovacs y López-Durán, 2010). Específicamente, investigaciones realizadas con población infantil de centros educativos que utilizan autoinformes -sobre todo el *Children's Depression Inventory* (CDI, Kovacs, 1992) y el *Children's Depression Scale* (CDS, Lang y Tisher, 1978)- para valorar la depresión severa, señalan tasas de prevalencia cercanas al 4% en España (Bernarás, Jaureguizar, Soroa, Ibabe y de las Cuevas, 2013; Jaureguizar, Bernarás y Garaigordobil, 2017) o Turquía (Demir, Karacetin, Demir y Uysal, 2011), al 6% en Finlandia (Puura et al., 1997), al 8% en Grecia (Kleftaras y Didaskalou, 2006), al 10% en Australia (McCabe, Ricciardelli y Banfield, 2011) o incluso del 25% en Colombia (Vinaccia et al., 2006). La heterogeneidad de porcentajes puede explicarse por las diferencias en los métodos de recogida de datos (entrevistas, cuestionarios), los distintos instrumentos utilizados, las características de las muestras..., aunque en la mayoría de los estudios mencionados se han utilizado el Inventario de Depresión Infantil (CDI) o la Escala de Depresión para niños (CDS) y se han realizado con población no clínica.

Estudios realizados con población infantil de centros educativos que utilizan autoinformes para valorar la depresión severa, señalan tasas de prevalencia en España cercanas al 4% en edades tempranas (8-12 años) y algo superior (del 4,3 al 6,5%) en la adolescencia (ver revisión Jaureguizar, et al., 2017). En la misma dirección, un estudio reciente en el País Vasco (Jaureguizar et al., 2017) con estudiantes de 7 a 10 años, evaluó la prevalencia de la depresión con dos autoinformes: el Sistema de Evaluación de la Conducta de niños y adolescentes (BASC-S2) y la Escala de Depresión para Niños (CDS). En este estudio los resultados mostraron una horquilla entre 4,6% y 4,8% de depresión clínicamente significativa, y entre 4,3% y 5% de depresión moderada. Sin embargo, la prevalencia obtenida con la valoración del profesorado (SPECI y CDS-T), osciló entre 0,2% y 3,6% (clínicamente significativa) y 4,6% y 7,7% (moderada). Aunque la concordancia entre los autoinformes y la evaluación del profesorado fue baja, estos porcentajes muestran la necesidad de tomar medidas para mejorar la situación emocional de los niños y niñas desde edades tempranas.

Estos porcentajes son similares a los que arrojan otras investigaciones nacionales e internacionales (Angold et al., 2002; Cohen et al., 1993; Costello, Erkanli y Anglod, 2006; Demir et al., 2011; Fleming y Offord, 1990; McCabe et

al., 2011; Polaino-Lorente y Domenech, 1993; Puura et al., 1997) y ponen de relieve la necesidad de tomar medidas para mejorar la situación emocional en la infancia. Este malestar psicológico también se observa en la adolescencia, y en otro estudio en el País Vasco (Jaureguizar, Bernarás, Soroa, Sarasa y Garaigordobil, 2015), el 3,8% de los adolescentes mostraban síntomas graves de depresión, especialmente las adolescentes mujeres que son las que obtuvieron mayores puntuaciones. Del Barrio (2014) informa de una prevalencia de la depresión en la población infantil entre 2%-10%; 2% en la niñez, 4%-7% en la adolescencia y 20% a lo largo de toda la vida, aunque no incluye en estas cifras los casos subclínicos. Otro estudio epidemiológico reciente concluye que la media global de prevalencia de depresión en niños y adolescentes entre 5 y 17 años es de 6,2% (Erskine et al., 2017), mientras que otro trabajo comunitario informa de una prevalencia de depresión mayor en adolescentes americanos de 13 a 18 años de 11% (Avenevoli et al., 2015).

La probabilidad de inicio de los trastornos depresivos aumenta notablemente en la pubertad, pero puede producirse a cualquier edad (APA, 2014). Estudios previos indican que el comienzo de los trastornos depresivos mayores suele producirse entre los 11 y los 12 años de edad, aunque el inicio de la sintomatología depresiva se observa hacia los 7-8 años (Bernarás et al., 2013; Del Barrio, 2000; Kovacs, Freinberg, Crouse-Novak, Paulauskas y Filkelstein, 1984; Whalen et al., 2016).

En cuanto a las diferencias en función de la edad y el sexo, los estudios muestran una mayor prevalencia de síntomas depresivos en niños que en niñas de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años (Bernarás et al., 2013; Vinaccia et al., 2006; Whalen et al., 2016). No obstante, a partir de los 12 años la incidencia es mayor en las chicas (Cicchetti y Cohen, 2006; Jaureguizar et al., 2015; Ružić y Matešić, 2015). Hasta los 11 años aproximadamente los chicos son el grupo que muestra mayor malestar emocional, pero alrededor de los 12 años, se produce un cambio, y la incidencia del malestar en las chicas es mayor, manteniéndose esta tendencia hasta la edad adulta. A partir de la primera mitad de la adolescencia, la depresión es dos o tres veces más frecuente en las mujeres.

### 1.3. Consecuencias de la depresión durante la infancia y la adolescencia

Los problemas emocionales en la infancia afectan de forma grave a la salud pública, debido a su alta prevalencia, a su inicio cada vez más temprano, a su cronicidad cuando no son tratados y al impacto en el desarrollo del niño y la familia (Espada, Orgilés, Méndez y Morales, 2021).

En la guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia (GTGPC, 2009) se destaca que, en los niños y adolescentes, la depresión tiene gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. También existen evidencias de la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta, lo que se ve reflejado en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en los problemas laborales y de relación en el futuro que la depresión infantil y adolescente origina. Por otra parte, los trastornos depresivos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de trastornos de la conducta alimentaria, por lo que la depresión en la adolescencia, además del propio coste personal, puede conllevar un grave coste social (GTGPC, 2009).

El nivel de impacto en las esferas personal y social está determinado por la gravedad de la depresión y la etapa evolutiva. Entre los posibles efectos según la etapa evolutiva, Espada, Orgilés, Méndez y Morales (2021) plantean:

- ✓ Menos de 6 años: Dificultades para alcanzar hitos evolutivos (p. ej., problemas relacionados con el control de esfínteres); Síntomas somáticos (p. ej., dolores de cabeza y estómago); Otros problemas médicos (p. ej., asma, dermatitis y alergias); Rechazo a ir al colegio por diversos motivos (p. ej., trastornos comórbidos como la ansiedad escolar y ansiedad por separación); Mayor riesgo de presentar dificultades en el aprendizaje (p. ej., prelectura, dibujo o lenguaje).
- ✓ De 6 a 12 años: Retroceso a hitos evolutivos que ya se habían adquirido (p. ej., enuresis o encopresis); Mayor propensión a presentar conductas disruptivas y aislamiento social; Desmotivación escolar, miedo a no alcanzar metas académicas y disminución del rendimiento educativo.
- ✓ De 13 a 18 años: Somatizaciones en forma de dolores de cabeza o problemas gastrointestinales; Mayor propensión a mostrar conductas de tipo antisocial (p. ej., peleas o robos), aislamiento social y consumo de sustancias como el alcohol, la marihuana y otras drogas ilícitas; Despreocupación por los asuntos académicos, abandono escolar, de-

sinterés vocacional, conductas disruptivas en el aula y bajo rendimiento académico; Afectación en el comportamiento sexual: mayor promiscuidad, conductas sexuales de riesgo para contraer infecciones sexuales y embarazos no deseados.

Del Barrio y Carrasco (2013) afirman que la depresión puede afectar a diferentes áreas de la vida en la infancia, como, por ejemplo, en el área emocional, motor, cognitivo, social, comportamental y somático. Aunque se pueden producir diferencias en la sintomatología depresiva entre unos niños y otros, también se pueden apreciar características comunes. Los síntomas más comunes de la depresión en la infancia incluyen: baja autoestima, perturbación del sueño, mucho o poco apetito, hiperactividad e ideación suicida. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (APA, 2014), asimismo, recoge que el trastorno depresivo tiene influencia en el organismo, en el estado de ánimo, en el pensamiento y en el comportamiento de la persona. La depresión afecta de la misma manera a personas de cualquier edad y nivel socio-económico y puede causar malestar o deterioro significativo tanto a la persona que lo padece como a su familia.

Los trastornos emocionales en la infancia pueden influir de forma importante en el desarrollo integral de los niños, ya que estos trastornos afectan a todas las áreas del funcionamiento humano (cognitivo, emocional, somático y comportamental), y cuando ocurren en la infancia o adolescencia suelen ir asociados a consecuencias negativas tales como un bajo rendimiento académico, problemas de relaciones familiares y sociales, problemas de salud y tentativas de suicidio o suicidio consumado (Calear y Christensen, 2010). No hay que olvidar el riesgo de suicidio que comporta la depresión. Según la OMS (WHO, 2012) las tasas de suicidio entre jóvenes han ido aumentando y actualmente el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años.

Los estudios indican que la ideación suicida varía con la edad, hallándose porcentajes de hasta el 16% en alumnado de 6 a 12 años (Kovess-Masfety et al., 2015), del 13% en alumnado adolescente de 15 a 17 años (Sánchez, Cáceres y Gómez, 2002), y en población adulta el porcentaje varía entre el 3% (Calvo, Sánchez y Tejada, 2003) y el 31% (Sánchez, Muela y García, 2014; Siabato y Salamanca, 2015).

El suicidio juvenil se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública muy significativo (Calear et al., 2016). El suicidio causa 8,5% de las muertes en jóvenes entre 15 y 29 años (WHO, 2014, 2018). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2021) en España en el 2021 se suicidaron 300 jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 29 años (227 hombres y 80 mujeres). Entre los menores de 15 años, se registraron 14 suicidios (7 mujeres y 7 hombres). Aunque los datos son preocupantes, en comparación con los países europeos, España tiene una de las tasas de suicidio más bajas (Navarro-Gómez, 2017). La OMS (WHO, 2001) afirma que los pensamientos suicidas se vuelven anormales en los niños y adolescentes cuando la realización de estos pensamientos parece que es la única salida para las dificultades que afrontan y es entonces cuando existe un alto riesgo de suicidio. Es necesario tener en cuenta que los comportamientos destructivos derivados de una depresión o de otras patologías, no deben interpretarse como meras llamadas de atención o intentos de manipulación, y no deben ser ignorados.

Las personas que sufren sintomatología depresiva en la infancia y en la adolescencia tienen muchas posibilidades de padecer depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia) en la edad adulta. Además, mientras dura la depresión mayor, existe la posibilidad del suicidio (APA, 2014). La depresión infantil requiere una especial atención por su influencia en el desarrollo integral del niño y por las serias consecuencias que tiene a medio y largo plazo en la adolescencia y edad adulta, por ejemplo, el riesgo de desarrollar otras patologías mentales. De hecho, la depresión, junto a la ansiedad, constituye uno de los trastornos de salud mental más comunes en niños y adolescentes (WHO, 2016a).

Por lo tanto, los datos de prevalencia de la depresión infantil y sus graves consecuencias evidencian la necesidad de prevención en etapas tempranas, con la finalidad de frenar los síntomas depresivos iniciales que posteriormente pueden estructurar cuadros depresivos severos y otros trastornos mentales. Esta situación requiere que los síntomas depresivos sean identificados de forma temprana e implementar programas preventivos de los trastornos emocionales en los primeros años de vida que pueden implementarse en el contexto escolar y familiar. Estos programas podrían, entre otras cuestiones, enseñar a los niños y adolescentes otras formas más adaptativas de enfrentarse a los problemas y al malestar, y evitar conductas irreversibles (suicidio). Para prevenir la depresión y el suicidio, es importante hablar de ello, porque aún sigue siendo un tema tabú.

#### 1.4. Depresión infantil y adolescente: conexión con otras variables, predictores, factores de riesgo y protección

##### 1.4.1. Variables relacionadas con la sintomatología depresiva y variables predictoras

Entre las **variables relacionadas** con la sintomatología depresiva infantil que más aparecen en los estudios cabe destacar entre otras: la calidad de las relaciones interpersonales, la ansiedad, el estrés, la autoestima, la resiliencia, el rendimiento académico, los problemas psicosomáticos...

La depresión se ha relacionado con problemas en la relación con los iguales (Bernarás et al., 2013; Flanagan, Vanden Hoek, Ranter y Reich, 2012; Hames, Hagan y Joiner, 2013). Los seres humanos necesitan pertenecer e interactuar en los grupos sociales, ya que las relaciones sociales positivas son fundamentales para el bienestar físico y psicológico. Concretamente, los niños que tienen problemas de relaciones con sus iguales son más propensos a sufrir síntomas depresivos (Brendgen, Vitaro, Turgeon y Poulin, 2002; Hames, Hagan y Joiner, 2013; Kochenderfer y Ladd, 1996). Rodríguez-Fernández, Droggett y Revuelta (2012) afirman que el sentimiento de pertenencia y acogida dentro del grupo juvenil de amistades se asocia con bienestar personal. Las malas relaciones entre iguales constituyen un factor de estrés importante y normalmente esta situación conduce a la aparición de malestar socio-emocional (Flanagan et al., 2012). Además, los problemas de adaptación escolar han sido asociados tanto a trastornos emocionales como a trastornos de conducta (Herman, Lambert, Reinke y Jalongo, 2008). Estudios longitudinales confirman que las dificultades en las relaciones entre iguales predicen la depresión infantil (Cole, 1991) e incluso la depresión en la adolescencia (Katz et al., 2011; Qualter, Brown, Munn y Rotenberg, 2010). Katz et al. (2011) encontraron que la soledad en la niñez predecía el deterioro social en la adolescencia y éste a su vez predecía la depresión en la edad adulta. Y en esta dirección, Cumsille, Martínez, Rodríguez y Darling (2015) afirman que los síntomas depresivos que se desarrollan en la adolescencia tienen un impacto considerable en la salud mental en la edad adulta.

La ansiedad es otra de las variables íntimamente relacionada con la depresión. Lamers et al. (2011), observaron que la comorbilidad de los trastornos depresivos y de ansiedad se asociaba con una infancia más traumática. Además, en su estudio observaron que en el 57% de los casos comórbidos, la ansiedad precedió a la depresión, y en el 18%, la depresión precedió a la ansiedad. Por su parte, Wu et al. (2016) encontraron que en la niñez la autoestima y los síntomas depresivos, entre otras, predecían síntomas de ansiedad social elevados. En niños la ansiedad por sí sola es una buena predictora, mientras que en las niñas los predictores de depresión son la ansiedad, la preocupación y la hipersensibilidad (Kovacs y López-Durán, 2010).

Asimismo, el estrés es una variable muy relacionada con la depresión. Los acontecimientos vitales estresantes precipitan los episodios de depresión mayor (DSM-5) (APA, 2014). Normalmente estos factores estresantes están relacionados con factores interpersonales o factores relacionados con el bienestar físico. Algunos estudios consideran que la depresión y su gravedad deben ser considerados en estudios que examinen la reactividad al estrés (Harkness, Stewart, y Wynne-Edwards, 2011). Zhang et al. (2016), por su parte, indican que la adversidad temprana es uno de los factores ambientales que puede aumentar la susceptibilidad de la depresión sobre todo cuando la persona está expuesta a estrés crónico. Tener experiencias de estrés recientes en la vida también se ha asociado con mayor gravedad de la depresión (Plieger, Melchers, Montag, Meermann y Reuter, 2015; Richards et al., 2016).

En la misma dirección, un estudio reciente (Jaureguizar, Garaigordobil y Bernarás, 2018), con niños de 7 a 10 años, encontró una correlación positiva entre depresión y estrés escolar, y negativa entre depresión y autoconcepto intelectual, sensación de control, habilidades sociales (cooperación y responsabilidad) y variables que componen la resiliencia (optimismo, adaptabilidad, confianza, apoyo y tolerancia). Además, se halló que tanto el autoconcepto, como las habilidades sociales y la resiliencia moderaban la relación entre el estrés y la depresión infantil.

Otros estudios que se centran en la relación entre la sintomatología depresiva y la autoestima, muestran que niños y adolescentes que presentan sintomatología depresiva tienen una autoestima más baja (Bos, Huijding, Muris, Vogel y Biesheuvel, 2010; Garaigordobil y Durá, 2006; Slaninova y Stainerovab, 2015; Orth, Robins y Roberts, 2008; Wu et al., 2016).

La resiliencia, rasgo positivo de las personas, ya que les ayuda a enfrentarse a la adversidad y a desarrollar un buen ajuste personal, es otra de las variables que en los estudios aparece relacionada con la depresión. Connor y Davidson (2003) afirman que la resiliencia mejora el bienestar, y promueve la recuperación de las experiencias estresantes y los acontecimientos traumáticos. Geng-Feng, Xiao-Jun, Yuan, Cui-Ying y Zong-Kui (2016), evidenciaron que la resiliencia se asociaba negativamente con la depresión y que podía ser un rasgo positivo para aliviar el efecto perjudicial del aislamiento y de la soledad.

Los ámbitos de socialización, y en especial, el contexto escolar, merecen una atención especial, por la gran relevancia que el desajuste escolar adquiere en esta etapa evolutiva, y por su impacto en el ajuste/desajuste personal. En esta dirección, numerosos estudios recientes han hallado conexiones entre depresión y bajo *rendimiento académico* (Del Barrio y Carrasco, 2017; Jaureguizar et al., 2017; Orgilés, Gómez, Piqueras y Espada, 2014). La mayor parte de los investigadores encuentran un descenso de rendimiento escolar asociado a la depresión, siendo la relación entre depresión y problemas escolares alta.

Otro reciente estudio con niños de 8 a 12 años que analizó la conexión entre *síntomas psicósomáticos* y depresión (Orgilés, Fernández-Martínez, Melero, Morales y Espada, 2018) encontró que los síntomas pseudoneurológicos, gastrointestinales y de dolor eran más frecuentes en los niños con sintomatología depresiva, siendo el dolor de articulaciones, el dolor de cabeza y el cansancio los síntomas más prevalentes.

Complementariamente, otro estudio (Garaigordobil, Bernarás, Jaureguizar y Machimbarrena, 2017) exploró las relaciones entre depresión infantil autoevaluada con otras variables adaptativas y clínicas en una muestra de estudiantes de 7 a 10 años encontrando: (1) correlaciones positivas entre depresión y *desajuste clínico, desajuste escolar, síntomas emocionales, problemas internalizantes y externalizantes, conductas problemáticas, reactividad emocional, estrés*; y (2) correlaciones negativas con *ajuste personal, autoconcepto, habilidades sociales, y resiliencia (sentido de competencia y de afiliación)*.

En general los estudios se han centrado en explorar la depresión infantil severa, sin embargo, un porcentaje importante de niños sufren depresión leve, y pasan desapercibidos para los adultos. No obstante, un reciente estudio (Bernarás, Garaigordobil, Jaureguizar y Soroa, 2018) ha puesto de relieve que existen pocas diferencias entre los niños con depresión leve y severa. Con una muestra de estudiantes de 7 a 10 años, los resultados evidenciaron que un 10% tenía depresión leve, y un 5,8% depresión severa. Los participantes *sin depresión* comparados con los que tenían síntomas depresivos presentaban significativamente menos desajuste clínico, desajuste escolar, síntomas emocionales, problemas internalizantes, estrés, comportamientos problemáticos; y más ajuste personal, autoconcepto, habilidades sociales y resiliencia. Además, los que tenían *depresión leve* presentaban significativamente menos desajuste clínico, síntomas emocionales, y estrés que los que tenían depresión severa. Sin embargo, en desajuste escolar, problemas internalizantes, comportamientos problemáticos, ajuste personal, autoconcepto, habilidades sociales y capacidad de resiliencia no se hallaron diferencias entre los que tenían depresión leve y severa. Los datos enfatizan la necesidad de identificar también a niños con depresión leve, que vuelan bajo radar, y también implementar programas universales de prevención desde edades tempranas.

Algunos estudios han identificado **variables predictoras** de la depresión infantil. Entre ellas cabe destacar el estudio de Wang et al. (2016) que confirmó como predictores de sufrir síntomas depresivos de 7 a 17 años los *problemas de salud y de adaptación, las relaciones interpersonales y el rendimiento académico*. Reinjfjell, Kårstad, Berg-Nielsen, Luby y Wichstrøm (2016) observaron que un temperamento infantil difícil y depresión parental predijeron un aumento de los síntomas depresivos, mientras que las habilidades sociales predijeron una disminución de los mismos. La *falta de apoyo social* (Colman et al., 2014), los problemas de conducta en la infancia y en la adolescencia (Kosterman et al., 2010), *experiencias adversas en la infancia* (Poole, Dobon y Pusch, 2017), y *baja autoestima* (Babore, Trumello, Candelori, Paciello y Cerniglia, 2016) también predijeron depresión.

Bernarás et al. (2013) hallaron un modelo predictivo de la depresión infantil en el contexto escolar que se podía agrupar en tres grandes bloques relacionados con el desarrollo psicosocial de los niños, en la línea de la perspectiva defendida por Flook et al. (2005), factores asociados al *desarrollo social (estrés social), emocional (ansiedad) y cognitivo (sentido de incapacidad y autoestima)*. Otro estudio con una muestra de niños de 7 a 10 años (Garaigordobil et al., 2017) encontró como variables predictoras de depresión infantil, entre otras: *alto desajuste clínico, bajo autoconcepto global y familiar, baja valoración personal, alto nivel de estrés general y de estrés social, pocas habilidades sociales, muchos problemas internalizantes, alta ansiedad, muchos problemas de salud/psicósomáticos, y locus de control externo*. Los resultados obtenidos son útiles para diseñar programas de prevención/intervención en la depresión infantil, incluyendo el fortalecimiento del autoconcepto, habilidades sociales y resiliencia como factores protectores contra la depresión.

La comorbilidad del trastorno de depresión mayor con otros problemas psicológicos es alta, especialmente con el consumo de sustancias (a partir de la adolescencia), los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, problemas de alimentación (anorexia y bulimia) y el trastorno límite de la personalidad (APA, 2014). En niños españoles,

se ha observado que el 80% de los diagnosticados con trastorno de depresión mayor también tenían un trastorno de ansiedad (Canals et al., 2018).

#### 1.4.2. Factores de vulnerabilidad, de activación y de protección en la depresión infanto-juvenil

Con el objetivo de entender mejor los trastornos depresivos en la infancia, diversos estudios se han centrado en la identificación de factores protectores y factores de riesgo asociados a esta patología. La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión. En la Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia (GTGPC, 2009), se han identificado diversos factores de vulnerabilidad, de activación y de protección en la depresión infanto-juvenil:

- ✓ *Factores de vulnerabilidad* (incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad): Factores genéticos y bioquímicos (alteraciones de los sistemas serotoninérgico y corticosuprarrenal), historia de trastorno afectivo en los padres, sexo femenino, edad post-puberal, antecedentes de síntomas depresivos, antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino, afectividad negativa, y pensamientos de tipo rumiativo.
- ✓ *Factores de activación* (directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores; suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad): Conflictos conyugales, desestructuración familiar, acoso o humillación (bullying), conflictos interpersonales, situaciones de abuso físico, emocional o sexual y consumo de tóxicos.
- ✓ *Factores de protección* (reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación): Buen sentido del humor, buenas relaciones de amistad, relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia, logros personales valorados socialmente, nivel de inteligencia normal-alto, práctica de algún deporte o actividad física, y participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado.

Por consiguiente, la depresión en niños y adolescentes presenta factores de riesgo múltiples correlacionados entre sí, lo que hace improbable que un solo factor de riesgo pueda explicar el desarrollo de la depresión o que su control sea suficiente para prevenir la depresión. Aunque la identificación de dichos factores resulta útil para una mejor comprensión de la patología, resulta aún más útil en el diseño de políticas de prevención. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2012) afirma que a nivel mundial la depresión y otros trastornos mentales están en aumento y que, concretamente, la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad. Por esa razón, recomienda llevar a cabo políticas preventivas que reduzcan las tasas de depresión. Asimismo, afirma que entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenir la depresión se encuentran los programas escolares para mejorar las aptitudes cognitivas, sociales y de resolución de problemas de los niños y adolescentes.

Los resultados de algunos estudios (Garaigordobil et al., 2017) tienen relevantes implicaciones prácticas para el diseño de programas de prevención y tratamientos psicológicos de la depresión infantil. Principalmente enfatizan la importancia de incluir en las intervenciones para prevenir/reducir la depresión infantil actividades dirigidas a: (1) *disminuir el estrés infantil* en todos los contextos (social, escolar y familiar), por ejemplo, incorporando actividades de relajación, técnicas de entrenamiento cognitivo para el control de pensamientos negativos generadores de estrés..., lo que redundará positivamente en la reducción de la ansiedad y de los problemas de atención-hiperactividad; (2) *aumentar la autoestima*, los sentimientos de autoaceptación; (3) *desarrollar las habilidades sociales*, la capacidad de los niños para integrarse socialmente, para comunicarse, cooperar, ser asertivos, empáticos, participativos, auto-controlados..., ya que el incremento de competencias sociales favorecerá la interacción social evitando la situación de aislamiento y exclusión en la que se encuentran muchos niños deprimidos; y (4) *estimular la resiliencia*, es decir, el optimismo, la auto-eficacia, adaptabilidad, la confianza en sí mismo, el sentimiento de confort..., un factor positivo que ayuda a enfrentarse a la adversidad y a desarrollar un buen ajuste personal; por ello la resiliencia se revela como un objetivo relevante a incluir en el tratamiento de la depresión infantil y en su prevención.

En esta dirección se puede sugerir para el contexto educativo la implementación de programas de desarrollo socio-emocional (ver revisión Garaigordobil, 2018), por ejemplo, programas de juego cooperativo y de inteligencia emocional que pueden favorecer el desarrollo de competencias sociales y emocionales que se relacionan inversamente con

la depresión infantil (p.ej., Celma y Rodríguez, 2017; Garaigordobil, 2003ab, 2004, 2005, 2007, 2008; Giménez-Dasí, Quintanilla, y Arias, 2016; Giménez-Dasí, Fernández, Daniel y Arias, 2017; Méndez, Llavona, Espada y Orgilés, 2013; Mestre, Tur, Samper y Malonda, 2012; Montoya, Postigo y González-Barrón, 2016; Vallés, 2007), así como programas específicos de prevención de la depresión infantil y adolescente (ver programas en la Tabla 4).

Tal y como se ha puesto de relieve en diversos trabajos, la prevalencia de la depresión durante la infancia y la adolescencia es digna de consideración, es un problema de salud pública, que requiere intervención multidireccional (familiar, escolar, clínica, social...). Por ello, se puede enfatizar la importancia de identificar precozmente los primeros síntomas de la depresión infantil, sugerir la implementación de programas educativos que fomentan competencias sociales/emocionales, y la sistematización de tratamientos clínicos, basados en la evidencia, eficaces para tratar la depresión infantil y adolescente. Intervenir en la depresión infantil, influirá positivamente, inhibiendo la depresión durante la adolescencia y la edad adulta, y sus concomitantes graves consecuencias.

## 2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

Para evaluar la depresión infantil y adolescente actualmente se dispone de diversos instrumentos de evaluación: entrevistas estructuradas/semiestructuradas, cuestionarios psicométricos, indicadores de observación conductual... En las Tablas 1, 2 y 3 se incluyen los instrumentos más utilizados en la literatura científica (cuestionarios, entrevistas estructuradas...), pruebas autoaplicadas específicas de depresión y globales (miden la depresión entre otros problemas psicopatológicos), así como pruebas heteroaplicadas. Además, en este apartado se aporta información sobre conductas

**TABLA 1**  
**PRUEBAS AUTO-APLICADAS ESPECÍFICAS PARA LA VALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE**

Pruebas específicas para evaluar la depresión					
Nombre	Autor-es, año	Dimensiones (variables que mide)	Edad de aplicación	Características psicométricas	Adaptación española
Children's Depression Scale (CDS)	Lang y Tisher (1978)	Total Depresivo (respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte/salud, sentimiento de culpabilidad y depresivos varios). Total Positivo (ánimo-alegría y otras conductas positivas que inhiben la depresión).	8-16	K-R20 = .91.	Seisdedos (2003)
Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC)	Weissman, Orvaschel y Padian (1980)	Depresión total.	12-18	Alpha= .89	Soler et al. (1997)
Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS)	Birleson (1981)	Depresión total.	8-14	Alpha = .86	No
Children's Depression Inventory (CDI)	Kovacs (1985, 1992)	Depresión o trastorno distímico (Escala: Problemas emocionales. Problemas funcionales. Subescalas: Estado de ánimo negativo / síntomas físicos. Autoestima negativa. Problemas interpersonales. Ineficacia).	7-17	Alpha= .75 a .90	Del Barrio y Carrasco (2004)
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)	Reynolds (1987)	Depresión Total. Disforia. Anhedonia/afecto negativo. Auto-evaluación negativa. Quejas somáticas.	13-17	Alpha = .92	Del Barrio, Colodrón, De Pablo y Roa (1996)
Reynolds Child Depression Scale (RCDS)	Reynolds (1989)	Depresión total.	7-13	Alpha = entre .85 y .91	Figueras, Amador y Guàrdia (2008)
Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)	Angold et al. (1995)	Depresión total.	8-18	Alpha 32 items = .90; 13 items=.87	No
Beck Depression Inventory (BDI-II)	Beck, Steer y Brown (1996)	Depresión total.	A partir de 13 años	Alpha = .93	Sanz y Vázquez (1998)
Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)	Leblanc, Almudevar y Brooks (2002)	Depresión total.	6-18 A partir de los 13 años	Alpha 16 ítems= .82; 11 ítems=.84; 6 ítems=.80	Existe versión española, pero no hay datos sobre su validación.
Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)	Spielberger (2008)	Depresión Estado y Rasgo.		Alpha: entre .70 y .93	Buela-Casal y Agudelo (2008)

Nota: Ver listado de instrumentos específicos para la identificación y evaluación de la conducta suicida en Pérez de Albéniz, Gómez, Fonseca, y Lucas (2020)

depresivas que pueden ser observadas por los adultos (padres, profesores...), y algunas señales de riesgo de suicidio en jóvenes que puedan ser útiles de cara a la prevención.

### 2.1. Pruebas autoaplicadas para medir la depresión infantil y adolescente

En relación a las pruebas autoaplicadas de evaluación de la depresión, la Tabla 1 muestra diez pruebas autoaplicadas que específicamente miden depresión durante la infancia, la adolescencia y la juventud, y la Tabla 2 ocho pruebas en las que, entre otros síntomas psicopatológicos también miden depresión (es decir, pruebas más amplias o multidimensionales).

### 2.2. Pruebas heteroaplicadas para medir la depresión infantil y adolescente

En relación a las pruebas heteroaplicadas de evaluación de la depresión, la Tabla 3 contiene nueve pruebas psicométricas para la valoración de la depresión infanto-juvenil, por parte de adultos, sean clínicos, padres y profesores.

### 2.3. Conclusiones sobre las pruebas de evaluación de la depresión infanto-juvenil

Tal y como se puede observar (ver Tablas 1 y 2), existen instrumentos autoaplicados que pueden utilizarse con niños a partir de 6-7 años de edad. En el transcurso del tiempo se ha hecho un esfuerzo para diseñar instrumentos más breves, pero la extensión de la prueba no debe ser el único aspecto a valorar a la hora de seleccionar una herramienta de evaluación. Teniendo en cuenta cuál es el objetivo de la evaluación hay pruebas diagnósticas específicas para evaluar

**TABLA 2**  
**PRUEBAS AUTO-APLICADAS GLOBALES PARA LA VALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE**

Pruebas de evaluación psicopatológica que evalúan depresión					
Nombre	Autor-es, año	Dimensiones (variables que mide)	Edad de aplicación	Características psicométricas	Adaptación española
Pediatric Symptom Checklist (PSC)	Jellinek, Evans y Knight (1979)	Atención. Síntomas Internalizantes y Externalizantes.	3-16	Alpha = .91	Versión para adolescentes: Lemos, Fidalgo, Calvo y Menéndez (1992)
Symptom Checklist-90-R. SCL-90-R	Derogatis (1983)	Somatización. Obsesión-Compulsión. Sensibilidad Interpersonal. Depresión. Ansiedad. Hostilidad. Ansiedad fóbica. Ideación paranoide. Psicoticismo. Índice global de severidad. Total de síntomas positivos. Índice de malestar.	A partir de 13 años	Alpha=.98	González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez-Abuín, y Rodríguez-Pulido (2002)
Child Behavior Checklist (CBCL)	Achenbach y Edelbrock (1985)	Escalas: Retraimiento. Quejas somáticas. Ansiedad/depresión. Problemas Sociales. Alteraciones del pensamiento. Problemas de Atención. Conducta Infractora. Conducta Agresiva.	4-18	Alpha = entre .72 y .97	Rubio-Stipec, Bird, Canino y Gould (1990)
Behavior Assessment Sistem for Children (BASC-2) Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes	Reynolds y Kamphaus (1992)	Escalas Globales: Desajuste Clínico. Desajuste Escolar. Ajuste Personal. Índice Síntomas Emocionales. Subescalas: Actitud negativa hacia el colegio. Actitud negativa hacia los profesores. Atipicidad. Locus de control externo. Estrés social. Ansiedad. Depresión. Sentido de incapacidad. Relaciones interpersonales. Relaciones con los padres. Autoestima. Confianza en sí mismo.	8-12	Alpha = entre .70 y .80.	González, Fernández, Pérez y Santamaría (2004)
Revised Child Anxiety and Depression Scale RCADS	Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis (2000)	Trastornos de ansiedad y de separación. Fobia social. Trastorno de ansiedad generalizada. Trastorno de pánico. Trastorno obsesivo-compulsivo. y Trastorno depresivo mayor. Puntuación Total de Ansiedad y de Depresión.	8-18	Alpha = .78 para la escala de Depresión Mayor	RCADS: Sandín, Valiente y Chorot (2009); RCADS-30: Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita (2010)
Self-administered Psychiatric Scales for Children and Adolescents (SAFA)	Cianchetti y Fascello (2001)	Ansiedad. Depresión. Síntomas Obsesivo-Compulsivos. Trastornos Alimentarios. Hipocondría y Somatización. Fobias.	8-18	Alpha >.80	No
Beck Youth Inventories (BYI-2)	Beck, Beck, Jolly y Steer (2005)	Depresión. Ansiedad. Ira. Conducta Disruptiva. Autoconcepto.	7-18	Alpha = entre .90 y .95	Hernández, Aguilar, Paradell y Vallar (2017)
Cuestionario Educativo Clínico de ansiedad y depresión (CECAD)	Lozano, García Cueto y Lozano (2007)	Depresión. Ansiedad. Inutilidad. Irritabilidad. Problemas de Pensamiento. Síntomas Psicofisiológicos.	7-25	Alpha = >.83	—

la depresión durante la infancia, adolescencia y juventud, junto con otras pruebas más amplias, como las descritas en la Tabla 2, que también pueden aportar información relevante sobre sintomatología depresiva, además de otros síntomas psicopatológicos. Por último, cabe destacar que tan sólo se han encontrado dos pruebas heteroaplicadas para el profesorado, ya que los demás instrumentos están orientados al ámbito clínico (ver Tabla 3), y también la escasez de instrumentos para evaluar la depresión en niños de menos de 6 años.

**TABLA 3**  
**PRUEBAS HETERO-APLICADAS PARA LA VALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE**

Nombre	Autor-es, año	Dimensiones (variables que mide)	Aplicado por	Edad aplicación	Características psicométricas	Adaptación española
Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R)	Poznanski, Cook y Carroll (1979)	Depresión total.	Clínico	6-12	Alpha = .85	No
Escala para la evaluación de la depresión (ESDM)	Doménech y Polaino-Lorente (1990)	Rendimiento. Interacción Social. Depresión Inhibida. Depresión Ansiosa.	Profesores	8-12	Alpha = .88	—
Diagnostic Interview for Children and Adolescents –Revised (DICA-R)	Reich, Shayka y Taibleson (1991)	Trastornos de Conducta Perturbadora. Trastornos del Humor. Trastornos de Ansiedad. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Trastornos de Eliminación.	Clínico	8-18	Alta fiabilidad intra-evaluadores	Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla (1995)
Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA)	McConaugh y Achenbach (1994)	Ansiedad. Depresión. Problemas Motores/De Lenguaje. Problemas de Atención. Problemas de Autocontrol. Agresividad. Quejas Somáticas.	Clínico	6-18	Fiabilidad media test-retest: .78	No
The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime (K-SADS-PL)	Kaufman et al. (1996)	Depresión Mayor. Distimia. Manía. Hipomanía. Ciclotimia. Trastorno Bipolar. Trastorno Esquizoafectivo. Esquizofrenia. Trastorno Esquizofreniforme. Psicosis Reactiva. Trastorno de Pánico. Agorafobia. Trastorno de Ansiedad por Separación. Trastorno Evitativo de la infancia y adolescencia. Fobia Simple. Fobia Social. Trastorno de Ansiedad Generalizada. Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Déficit de Atención e Hiperactividad. Trastorno de Conducta. Trastorno Oposicionista Desafiante. Enuresis. Encopresis. Anorexia. Bulimia. Trastorno de Tic. Síndrome de Tourette. Trastorno Crónico de Tic Motor o Vocal. Abuso de Alcohol. Abuso de Sustancias. Trastorno de Estrés Postraumático. Trastorno de Ajuste.	Clínico	6-18	Alta validez convergente y limitada validez divergente	No
Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)	Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone (2000)	Trastornos De Ansiedad. Trastornos Del Ánimo. Conductas Disruptivas. Abuso De Sustancias. Otros (Anorexia. Bulimia. Enuresis/Encopresis. Mutismo Selectivo. Esquizofrenia...).	Clínico	6-17	Fiabilidad test-retest aceptable. No datos de validez.	Bravo et al. (2001)
Screening de problemas emocionales y de conducta infantil (SPECI)	Garaigordobil y Maganto (2012)	Escalas Globales: Problemas Internalizantes. Problemas Externalizantes. Problemas Emocionales y de Conducta. Subescalas: Retraimiento. Somatización. Ansiedad. Infantil-Dependiente. Problemas de Pensamiento. Atención-Hiperactividad. Conducta Perturbadora. Rendimiento Académico. Depresión. Conducta Violenta.	Profesores	5-12	Alpha=.82	—
Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA)	Fernández-Pinto, Santamaría, Sánchez-Sánchez Carrasco y del Barrio (2015)	Escalas de problemas: Problemas interiorizados (depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, sintomatología postraumática y obsesión-compulsión), Problemas exteriorizados (problemas de atención, hiperactividad-impulsividad, control de la ira, agresión, conducta desafiante y conducta antisocial), Problemas contextuales (problemas con la familia, escuela y compañeros), y Problemas específicos (consumo de sustancias, problemas de la conducta alimentaria, retraso en el desarrollo, problemas de aprendizaje, esquizotipia o comportamiento inusual); Escalas de vulnerabilidad (problemas de regulación emocional, rigidez, aislamiento, dificultades de apego y la búsqueda de sensaciones); y Escalas de recursos personales (autoestima, integración, competencia social, inteligencia emocional, disposición al estudio y la conciencia de los problemas).	Clínico	Infantil (3 a 6), Primaria (6 a 12) y Secundaria (12 a 18)	Alpha: entre .70 y .80 Validez: Análisis factoriales exploratorios y confirmatorios	—
Cuestionario para la evaluación de problemas en adolescentes (Q PAD)	Sica, Chiri, Favilli y Marchetti (2016)	Escalas clínicas: insatisfacción corporal, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, problemas interpersonales, problemas familiares, incertidumbre frente al futuro, riesgo psicosocial, autoestima y bienestar.	Clínico	12-18 años	Alpha: .85 Validez estructural Validez de constructo convergente y divergente	—

En relación a las entrevistas clínicas para valorar la depresión durante la infancia y la adolescencia, en general varían en función de la edad del evaluado, y pueden ser entrevistas semiestructuradas o estructuradas. Información sobre algunas de estas entrevistas puede observarse en la Tabla 3 (Reich et al., 1991; McConaugh y Achenbach, 1994; Ezpeleta et al., 1995; Kaufman et al., 1996; Shaffer et al., 2000). Actualmente las entrevistas son muy empleadas, ya que tienen la ventaja de permitir la homogeneización de los datos. En general se fundamentan en alguno de los sistemas diagnósticos (DSM, CIE) y en líneas generales ofrecen al clínico una guía para preguntar y registrar la información obtenida, lo que permite establecer un diagnóstico y estudiar la comorbilidad. Estas entrevistas habitualmente plantean en forma de preguntas, al niño/adolescente y/o a sus padres, los síntomas de los trastornos depresivos que se evidencian en la infancia y adolescencia (depresión mayor, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno depresivo persistente...) (ver síntomas en el apartado 1.1. definición del trastorno y características). Las preguntas dirigidas a detectar precozmente síntomas depresivos deben realizarse de forma independiente, tanto a los niños como a sus padres, combinando los dos grupos de respuestas para lograr una mejor estimación, fundamentalmente en edades por debajo de los 14 años. Estas entrevistas requieren de entrenamiento para su utilización y deben ser utilizadas por especialistas en salud mental.

La mayor concentración de niños de edades tempranas se encuentra en las escuelas, por lo que la figura del profesorado cobra especial relevancia a la hora de identificar cualquier tipo de trastorno emocional. En las escuelas los profesores pueden observar al alumnado, percibir las diferencias interpersonales e identificar aquellas conductas que se distinguen de los parámetros más normalizados. Herman, Reinke, Parkin, Traylor y Agarwal (2009) subrayan el papel principal de la escuela en las vidas de los niños fuera del entorno familiar, un lugar donde se puede desarrollar, prevenir e incluso tratar la depresión. Sin embargo, los niños con trastornos emocionales son una de las poblaciones cuya identificación y tratamiento presenta más déficits. La razón es que el profesorado no suele tener suficiente formación para detectar sintomatología depresiva en su alumnado. Normalmente el profesorado advierte el bajo rendimiento o los problemas de conducta, pero pocas veces detecta al alumnado con sintomatología depresiva (Kleftaras y Didaskalou, 2006; McCabe et al., 2011).

Achenbach, McConaughy y Howell (1987) analizaron la sintomatología depresiva teniendo en cuenta las percepciones de multi-informantes (padres, profesores, trabajadores de salud mental, observadores, iguales y los propios sujetos) y observaron que las correlaciones entre todos los tipos de informantes eran estadísticamente significativas y moderadas. Por el contrario, otros estudios ponen de manifiesto las diferencias interevaluadores (Kleftaras y Didaskalou, 2006; Sternberg, Lamb, Guterman y Abbott, 2006). Cuando se han evaluado variables externalizantes e internalizantes, el nivel de acuerdo entre padres y profesores es bajo, especialmente en la identificación de variables internalizantes (Deng, Liu y Roosa, 2004; Grietens et al., 2004). En general, las evaluaciones comparativas de padres y profesores muestran que la concordancia entre informadores es baja (Bernarás, Jaureguizar, Soroa y Garaigordobil, 2015; Cicchetti, Rogosch, Gunnar y Toth, 2010). Por ello, la formación del profesorado y también de los padres resulta relevante tanto para la identificación de estudiantes con depresión como para la intervención de la misma.

#### **2.4. Indicadores de observación de la depresión infantil y adolescente**

Las manifestaciones de la depresión varían en función de las características evolutivas (biológicas, psicológicas, sociales...) propias de cada edad. La depresión en niños suele caracterizarse por episodios de irritabilidad más que de tristeza, y suele estar asociada a ansiedad, quejas somáticas, alteraciones de sueño y alimentación, entre otros (Guillén, Gordillo, Ruiz, Gordillo y Gordillo, 2013). La Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia (GTGPC, 2009), entre los principales síntomas clínicos de la depresión infanto-juvenil señalan:

- ✓ *Antes de los 7 años:* El síntoma 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.
- ✓ *Entre los 7 años y la edad puberal:* 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). Los síntomas se presentan fundamentalmente en tres esferas: (a) esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte; (b) esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima, falta de concentración, dismi-

nución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales; y (c) esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnias), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito.

✓ **Adolescentes:** 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. 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.

Estos síntomas pueden ser indicadores observables que permiten sospechar la existencia de una depresión cuando se evidencian en niños y adolescentes. Ante la observación de algunos de ellos, conviene realizar un diagnóstico en profundidad, que permita clarificar la existencia e intensidad de la depresión.

Para la detección de la depresión infantil, los padres pueden desempeñar un papel importante en la identificación de los primeros síntomas de depresión en sus hijos. Por definición, una depresión clínica implica cambios notables en el niño globalmente que afectan a su funcionamiento diario. Son frecuentes los cambios en el estado de ánimo y en las emociones, por lo que pueden ser indicadores que anticipan que algo está pasando. El niño se torna más malhumorado, está triste, llora con facilidad, y es más complicado llevarse bien con él por su irritabilidad. Además, algunos niños tienen trastornos importantes en el sueño.

En la guía de intervención clínica infantil (Morales et al., 2015) observan que el bajo estado de ánimo en niños se caracteriza por la persistencia de ánimo triste o irritable y anhedonia. Suele acompañarse de problemas de conducta, irritabilidad, rabietas y desobediencia, cambios en el apetito, sueño y nivel de actividad, poca atención o concentración y sentimientos de baja autoestima. En niños, generalmente, se evidencia un cambio significativo en la manera en que el niño siente, piensa y se comporta y, difícilmente, sin un adecuado apoyo o tratamiento pueden recuperarse por sus propios medios. Para identificar la depresión infantil y adolescente en esta guía sugieren varias preguntas para la entrevista con los padres que permiten captar las conductas problema o indicadores de la depresión más relevantes, otros síntomas, antecedentes familiares y los estilos educativos de los padres:

✓ **Conductas problema:**

- **Tristeza:** ¿Se siente triste su hijo? ¿Le ven cara de tristeza?
- **Llanto:** ¿Llora con frecuencia? **Desánimo:** ¿Asegura que le van a pasar cosas malas, que nunca saldrá nada bien o sus conversaciones giran en torno a su mala situación personal? ¿Utiliza expresiones similares de abatimiento y desánimo?
- **Síntomas físicos:** ¿Se queja de dolores de barriga, de cabeza u otras molestias?
- **Irritabilidad:** ¿Se enfada su hijo con facilidad? ¿Tiene explosiones de mal genio (chilla, insulta, pega)?
- **Activación/inactivación conductual:** ¿Se mueve despacio? ¿Habla ahora menos que antes, con un volumen más bajo o los temas son poco variados? ¿Le cuesta comunicar sus pensamientos o sentimientos? ¿Se queja de cansancio o agotamiento? ¿Pasa mucho rato sin hacer nada? ¿Tarda ahora más que antes en reaccionar, vestirse, asearse o hacer algunas tareas sencillas? ¿Descuida su higiene y apariencia?
- **Aumento/disminución apetito:** ¿Come menos, igual o más que antes? ¿Ha perdido o aumentado peso?
- **Sueño:** ¿Le cuesta conciliar el sueño? ¿Se desvela durante la noche y tiene dificultad para volverse a dormir? ¿Se despierta muy pronto por las mañanas y ya no se duerme? ¿Sufre pesadillas u otros problemas similares?
- **Pérdida de interés:** ¿Se aburre a menudo? ¿Se queja de que nada le gusta? ¿Se ha vuelto pasota o desinteresado? ¿Continúa practicando sus juegos y deportes favoritos? ¿Ha dejado de salir con sus amigos?
- **Insatisfacción personal/minusvaloración:** ¿Piensa que es un inútil, se minusvalora o critica a menudo? ¿Afirma que es tonto, malo o débil? ¿Comenta que todo le sale mal, que siempre echa las cosas a perder? ¿Concede una importancia exagerada a errores insignificantes?
- **Dificultad de concentración:** ¿Se le olvidan las cosas más que antes? ¿Ha disminuido su rendimiento académico? ¿Duda continuamente?
- **Pensamientos de muerte o suicidio:** ¿Habla de la muerte con frecuencia? ¿Ha amenazado con suicidarse?

- ✓ **Comorbilidades:** Se deben valorar otros problemas psicológicos. ¿Presenta algún problema de fracaso escolar, desórdenes de conducta, problemas alimentarios, fobia escolar, ansiedad elevada o ideación suicida?
- ✓ **Antecedentes familiares:** ¿Algún familiar presenta o ha presentado este tipo de problemática?
- ✓ **Estilo educativo:** ¿Cómo es la manera en la que educan a su hijo? ¿Hay normas en casa? ¿Cuáles? ¿Hay acuerdo en las normas? ¿Qué ocurre cuando alguna norma se quebranta? ¿Cuáles son las técnicas eficaces para que su hijo obedezca?

### 2.5. Señales de riesgo y factores protectores del suicidio infanto-juvenil

En el mundo, el suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte. De los 804.000 suicidios que se producen al año, una cuarta parte son menores de 25 años. El suicidio entre los jóvenes (15-25 años) se ha situado entre las tres causas de muerte más frecuentes en esta etapa de la vida, siendo las cifras de suicidio más elevadas en el caso de los varones y de las tentativas en el caso de mujeres. En la franja de 5 a 14 años el suicidio es la quinta causa de muerte. Además, se están registrando suicidios a edades cada vez más tempranas (Guía de prevención del suicidio, 2022).

#### 2.5.1. Señales de alerta del suicidio

En la evaluación de la depresión, nunca se debe olvidar el riesgo de suicidio. En FIU (2019) destacan diez *señales de riesgo de suicidio en jóvenes*: Sentimientos de desesperanza; Ansiedad, agitación, problemas de sueño (no puede dormir o duerme todo el tiempo); Expresiones de no tener razones para vivir, la sensación de no tener un objetivo vital; Sentimiento de estar atrapado, sin salida; Aumento de uso de alcohol y drogas; Retraimiento de amigos, familia y comunidad; Rabia, ira incontrolada, deseos de venganza; Conductas temerarias, actividades de riesgo, e impulsividad; Cambios bruscos de ánimo, de humor; y Regalar posesiones preciadas.

Una reciente revisión en la guía de prevención del suicidio (2022), elaborada por la Consejería de Educación y Salud de Murcia, diferencian señales de alerta verbales y no verbales:

*Señales de alerta verbales:* Afirmaciones negativas sobre uno mismo o sobre la propia vida (todos estaríais mejor si yo no existiera, la vida no merece la pena, vivir así no tiene ningún sentido, soy inútil y no valgo absolutamente para nada...); Afirmaciones pesimistas y desesperanzadas en relación al futuro; Inesperadamente, de manera oral o escrita, manifiesta la intención de querer despedirse (por si dejamos de vernos en un tiempo, me gustaría que supieras que te agradezco mucho todo lo que has hecho por mí, escribir una o más notas suicidas...); Expresión de ideas asociadas indirecta o directamente con la muerte o el acto de suicidarse (estoy cansado, no quiero estar vivo, me quiero matar, me voy a suicidar, ya voy a dejar de ser un problema...).

*Señales de alerta no-verbales:* Descuido de la apariencia personal; Incremento de quejas físicas (dolores de estómago, de cabeza, fatiga...); Modificaciones súbitas en el comportamiento (incremento del nivel de irritabilidad o agresividad, dificultades para dormir, cambios en los hábitos de alimentación... y labilidad emocional -después de un estado agitación otro de sosiego y tranquilidad-); Rechazo ante las actividades colectivas habituales (apatía, desinterés o escasa capacidad para experimentar el placer asociado a las actividades escolares con las que antes sí que se disfrutaba); Aparición de sentimientos predominantes de tristeza, desinterés o indiferencia, o sentimientos de querer morir, sentimiento de desesperanza (no hay futuro) y/o desesperación (no se puede soportar una situación); Preocupación por la muerte y morir; Comportamientos inadecuados de huida y escape; Tendencia al aislamiento de familia y amigos, al retraimiento; Consumo de alcohol o de otras sustancias tóxicas; Deterioro abrupto del rendimiento académico; Cambios del patrón habitual de comportamiento (empiezan a mostrar conductas impropias y preocupantes llegando a tomar riesgos innecesarios); Conductas de desprenderse o regalar objetos o pertenencias apreciados o considerados; Cierre, eliminación o despedida de manera sorpresiva, de los perfiles que habían estado usando en diferentes redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter, etc.); e Interés inquietante por resolver todas las cuestiones que hayan podido quedar pendientes.

#### 2.5.2. Factores de riesgo del suicidio

Entre los *factores de riesgo* la OMS (WHO, 2012) identifica: previos intentos de suicidio, trastorno mental, abuso de alcohol y drogas, desesperación, sensación de aislamiento, ausencia de apoyo social, tendencias agresivas, historia de traumas o abuso, malestar emocional agudo, historia familiar de suicidio, enfermedades graves físicas o crónicas (in-

cluido el dolor crónico), exposición a conductas suicidas en los medios de comunicación y la influencia de otros que se han suicidado, fácil acceso a medios letales, y eventos vitales estresantes.

De la conexión entre síntomas psicopatológicos y suicidio, Piqueras, Soto-Sanz, Rodríguez-Marín y García-Oliva (2019) confirman la relación entre sintomatología internalizante y externalizante con mayor riesgo de suicidio durante la adolescencia y su papel predictor del comportamiento suicida. Soto-Sanz et al. (2019a) concluyen que los síntomas de internalización y externalización informados son predictores del comportamiento suicida en los jóvenes. Así mismo, Gili et al. (2019) evidenciaron que los trastornos mentales y la comorbilidad son predictores fuertes del comportamiento suicida en los jóvenes.

No obstante, cabe destacar que el suicidio no siempre está asociado a un trastorno mental. La conducta suicida tiene un carácter multicausal. De hecho, los modelos teóricos actuales consideran que las causas del suicidio derivan de una compleja interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos, clínicos, medioambientales y socioculturales, que son experimentados por una persona determinada en función de su historia vital y de sus circunstancias particulares (García-Haro, García-Pascual y González-González, 2018). La combinación de factores de riesgo individuales y sociales juega un papel importante en la conducta suicida (WHO, 2018; Sellers, McRoy y O'Brien 2019).

Algunos de los factores psicológicos asociados al suicidio son la depresión y otros problemas psicológicos (p. ej., ansiedad o conducta antisocial), consumo de sustancias, historial previo de hospitalización por problemas psiquiátricos, además de alta impulsividad, baja autoestima, desesperanza, pobre capacidad para resolver problemas, y los intentos de suicidio previos (American Psychiatric Association, 2014; Mosquera, 2016; WHO, 2018). Se estima que el 15% de las personas con depresión se suicidan. En adolescentes, el riesgo es mayor cuando los síntomas depresivos cursan con rasgos antisociales o cuando el diagnóstico es un trastorno bipolar (Mosquera, 2016).

Diversos estudios muestran que entre los factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes se pueden destacar: estar en situación de desamparo, en riesgo de exclusión social y ser víctimas de abusos (Navarro-Gómez, 2017; Ören-gül et al., 2019); haber sufrido eventos vitales adversos (especialmente durante la infancia), la exposición a noticias sobre el suicidio en los medios de comunicación, ser víctima de acoso escolar, acoso en la red y por sexting, o presentar dificultades para establecer relaciones sociales durante la adolescencia (p. ej., acosar a compañeros, tener problemas para hacer amistades o conflictos con figuras de autoridad) (WHO, 2018); haber experimentado eventos traumáticos estresantes (p. ej., ser víctima de abuso), antecedentes previos de trastornos emocionales, de conducta o abuso de sustancias (Castellví et al., 2017; Gili et al., 2019); y también la presencia de sintomatología internalizante y externalizante (Piqueras et al., 2019; Soto-Sanz et al., 2019ab; Voltas, Hernández-Martínez, Arija y Canals, 2019).

Una reciente revisión de factores de riesgo en la guía de prevención del suicidio (2022), elaborada por la Consejería de Educación y Salud de Murcia, clasifica los factores de riesgo en personales, familiares y educativos:

*Factores de riesgo personales:* (1) Trastornos mentales: depresión (60% de los adolescentes que se suicidan sufrían depresión), trastornos de alimentación, trastorno bipolar, esquizofrenia, abuso/dependencia de alcohol u otras drogas, trastornos adaptativos o de ansiedad, trastornos de personalidad -inestable y antisocial, trastorno disocial en la adolescencia; (2) Edad: La adolescencia y la edad avanzada son las épocas de la vida con más riesgo; (3) Sexo: Los hombres tienen mayores tasas de suicidio consumado y las mujeres mayor número de intentos; (4) Antecedentes de intentos de suicidio previos: Es uno de los factores de riesgo más importantes; (5) Antecedentes familiares de intentos o suicidios consumados; (6) Dolor crónico o enfermedad física grave; (7) Factores estresantes: Inmediatos o experiencias de vida dolorosa repentina; y (8) Situaciones conflictivas asociadas al proceso de construcción de la identidad sexual. Además, existen algunos rasgos de la personalidad que también predisponen al suicidio, aunque suelen acompañarse de otros factores de riesgo, entre ellos: baja autoestima, falta de control, baja tolerancia a la frustración, desesperanza, timidez, impulsividad, agresividad o violencia, pasividad, dependencia, obsesión, ansiedad e ira, sensibilidad a la crítica de los demás, y falta de habilidades sociales.

*Factores de riesgo sociofamiliares:* (1) Pérdidas o separaciones de personas importantes; (2) Otras pérdidas (empleo, oportunidades de estudio, hogar, situación económica...); (3) Disfuncionalidad familiar (hostilidad, conflictividad y rigidez); (4) Pérdidas de salud (tratamientos médicos prolongados y hospitalizaciones); (5) Aislamiento (ausencia o pérdida de una red social de apoyo); (6) Problemas con la ley o las normas; (7) Rechazo a la orientación sexual; (8) Expectativas desajustadas de la familia; (9) Problemas de relaciones con otras personas (violencia de género, acoso o intimidación); (10) Experiencias traumáticas causadas por violencia (malos tratos físicos o psíquicos y/o abusos sexuales); (11) Guerras o desastres naturales; (12) Exposición al suicidio de otra persona (o suicidios sensacionalistas, suici-

dio por contagio); y (13) Riesgos asociados al entorno digital (acceso a contenidos nocivos, alta frecuencia de uso, establecimiento de contactos inadecuados a través de redes sociales...).

*Factores de riesgo en el contexto educativo:* (1) Elevado nivel de autoexigencia escolar; (2) Problemas de rendimiento académico; (3) Fracaso escolar; (4) Alumnos con necesidades educativas especiales; (5) Déficit en habilidades sociales; (6) Sentirse rechazado por ser diferente (físicamente, por identidad sexual, por raza...); (7) Situaciones de rechazo, hostilidad, acoso escolar o bullying (presencial y/o digital); (8) Sentirse estigmatizado (si previamente se ha producido un intento de suicidio del que los demás han tenido noticia); (9) Percibir que los compañeros o los profesores están incómodos o ansiosos por el estado emocional del estudiante; (10) Sentirse víctima de una “conspiración de silencio” (compañeros y/o los profesores evitan el contacto con el estudiante por miedo a suscitar un nuevo intento de suicidio); y (11) Intervención y actitud del profesorado (falta de formación del profesorado para identificar ser signos de alerta...).

### 2.5.3. Factores protectores del suicidio

Entre los *factores protectores* la OMS destaca: fuertes conexiones y apoyo familiar y comunitario, habilidades de resolución positiva no violenta de conflictos, creencias personales, sociales, culturales y religiosas que desalientan el suicidio y apoyan la autoprotección, acceso restringido a medios para suicidarse, así como la capacidad de buscar ayuda y el fácil acceso a una atención de calidad para las enfermedades mentales y físicas (WHO, 2012, 2018).

A partir de la revisión realizada por Sanchez-Teruel y Roblés-Bello (2014) sobre las variables protectoras del suicidio en adolescentes y jóvenes, Espada, Méndez, Orgilés y Morales (2021) destacan: (1) variables cognitivas (autoconcepto positivo, capacidad de autorregulación, flexibilidad cognitiva, estilo atribucional positivo, razones para vivir); (2) variables afectivas (autocontrol emocional, esperanza, autoestima, gratitud, perseverancia hacia objetivos pese a la adversidad); (3) variables conductuales (control de impulsos, habilidades para solicitar ayuda y apoyo, capacidad de expresividad emocional, habilidad para el manejo de conflictos); y (4) variables de personalidad (sentido del humor, empatía, búsqueda de sentido en la vida).

La reciente revisión de factores protectores de la guía de prevención del suicidio (2022), elaborada por la Consejería de Educación y Salud de Murcia, clasifica los factores en personales, familiares y educativos:

*Factores de protección personales:* Capacidad para resolver problemas y conflictos; Adecuada autoestima; Habilidades de comunicación; Valores positivos (respeto, solidaridad, cooperación, justicia, amistad...); Hábitos saludables de vida (alimentación sana, hacer ejercicio, higiene del sueño...); Personalidad abierta a nuevas experiencias y capacidad de adaptarse al cambio; Tener confianza en uno mismo; Creencias religiosas, espiritualidad; Gestión adecuada de la frustración...

*Factores de protección socio-familiares:* Buen apoyo familiar y social, con compañeros, amigos; Integración social (tener una buena red de apoyo comunitario); Disponer y recibir servicios eficaces de salud mental; y Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con enfermedades físicas, trastornos mentales o adicciones.

*Factores de protección en el entorno educativo:* Habilidades sociales (capacidad para establecer y mantener una red social en el entorno escolar que permita el desarrollo adecuado del área social del alumno); Vinculación emocional con personas de referencia en el contexto escolar (relaciones vinculantes con tutores, orientadores u otros profesores); Conocimiento de los alumnos por parte del profesorado sobre su desarrollo socioemocional que permita actuar de forma preventiva y temprana; Prevención del acoso escolar (campañas de sensibilización y orientación en los centros escolares, que fomenten la tolerancia cero al acoso); Formación de los profesionales de la educación para mejorar la comunicación con el alumnado; Formación a educadores y personal escolar sobre el tema del suicidio y su prevención; y Promover la responsabilidad y la participación del alumnado en la vida del centro a través del desarrollo de proyectos que les permitan compartir decisiones que afecten a la vida del centro.

Para concluir, destacar que el suicidio es una causa de muerte durante la infancia, adolescencia y juventud muy relevante. La conducta suicida infanto-juvenil es un grave problema, ya que como se ha evidenciado en diversos estudios no se cuenta todavía con métodos eficaces de identificación, prevención y tratamiento, aunque el conocimiento actual sobre los factores de riesgo y protectores debe estructurar las intervenciones en el contexto familiar y en el educativo. Hablar de suicidio es difícil, pero es necesario prevenir la depresión, y tanto padres como docentes deben estar atentos a las señales de la depresión y de riesgo de suicidio. La alarma que se está creando a nivel mundial en torno a la enfermedad mental implica que desde todos los estamentos se tomen medidas de prevención e identifica-

ción temprana para poder paliar las consecuencias humanas, sociales y económicas que tiene la depresión. Por consiguiente, la implementación de programas de identificación e intervención temprana para abordar los síntomas de depresión y conductas suicidas de los jóvenes podría reducir significativamente el riesgo de futuras conductas suicidas en la adolescencia. La detección y el manejo de los trastornos afectivos, así como su comorbilidad psiquiátrica, podrían ser una estrategia crucial para prevenir el suicidio en este grupo de edad.

### 3. PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE: EL PAPEL DE LA ESCUELA Y LA FAMILIA

La prevención de la depresión durante la infancia y la adolescencia debe abordarse con la colaboración de la escuela y la familia. En el contexto escolar se puede prevenir la depresión a través de programas educativos basados en la evidencia. No obstante, la familia desempeña un papel determinante en el desarrollo, mantenimiento, prevención y tratamiento de la depresión en la infancia y la adolescencia, por lo que la orientación a los padres, tanto sobre pautas de crianza parental que favorecen un desarrollo adecuado, como sobre pautas de afrontamiento cuando la depresión se ha hecho presente, será relevante.

#### 3.1. Programas de prevención de la depresión infantil y adolescente

Los programas de prevención de la depresión infantil se pueden dividir en dos grandes categorías: (1) los programas universales, dirigidos a la población en general (prevención primaria), se desarrollan en el ámbito escolar, destinados a todo el alumnado, independientemente de sus niveles de sintomatología y encaminados a fortalecer la salud mental y desarrollar la resiliencia; y (2) los programas dirigidos, para población en riesgo y población con un diagnóstico claro, tienen como objetivo los niños y adolescentes con niveles medios o altos de sintomatología depresiva.

Existen pocos programas universales de prevención de la sintomatología depresiva que se centran en edades tempranas ya que suelen ir dirigidos principalmente a población adolescente (Barrett y Turner, 2001; Essau, Conradt, Sasagawa y Ollendick, 2012; Farrell y Barrett, 2007; Gallegos, Linan-Thompson, Starck y Rubalcaba, 2013; Gillham, Reivich, Jaycox y Seligman, 1995; Rooney et al., 2013). De hecho, en la revisión que hemos llevado a cabo únicamente se han identificado 5 programas de prevención universal de la depresión infantil dirigidos a estudiantes más jóvenes (entre 8 y 12 años): Penn Resiliency Program, FRIENDS, Aussie Optimism Program y FORTIUS, Pozik-Bizi (Vivir Feliz) (ver Tabla 4). La adolescencia representa un período de desarrollo vulnerable para la depresión y un momento oportuno para los esfuerzos de prevención. Por este motivo, los programas para hacer frente a los síntomas de la depresión, históricamente, se han dirigido a población adolescente, sin embargo, es necesario plantear su prevención durante la infancia.

La Tabla 4 recoge los programas más importantes de prevención de la depresión infanto-juvenil aplicados mayormente en el ámbito escolar. En general, son programas de orientación cognitivo-conductual, aplicados por psicólogos y/o profesorado formado específicamente para su implementación, y con un número de sesiones que suele oscilar entre los 8 y 15. Tal y como se puede observar, los resultados de los diversos programas arrojan resultados positivos, pero modestos y desiguales. El hecho de que los programas de prevención universales específicos de la infancia obtengan resultados modestos puede estar indicando que tal vez no hayamos llegado a identificar las variables clave en la génesis y mantenimiento de la depresión infanto-juvenil. Además, en ocasiones los efectos no se mantienen en el tiempo. Asimismo, tampoco la distinción entre programas universales y dirigidos resulta esclarecedora sobre sus efectos ya que, aunque podría parecer que los dirigidos son más eficaces, sus efectos a largo plazo no siempre son duraderos.

Aunque la literatura científica señala que los programas dirigidos obtienen mejores resultados que los universales, son también relevantes las ventajas de los programas universales, ya que llegan a un mayor número de estudiantes, sin el estigma social de haber sido seleccionado por tener problemas (Huggins, Davis, Rooney y Kane, 2008; Roberts, Mazzucchelli, Taylor y Reid, 2003). Así, el contexto más idóneo para la puesta en práctica de los programas universales de prevención de la depresión infantil es el contexto escolar.

Las investigaciones apuntan que los programas dirigidos son más eficaces (con tamaños del efecto mayores) que los universales (Calear y Christensen, 2010; Werner-Seidler et al. 2017), si bien la revisión realizada por Corrieri et al. (2014) no encuentra diferencias significativas entre ambos tipos de programas. Algunos autores recomiendan seguir investigando la eficacia de los programas universales porque un pequeño cambio en la media de los síntomas depresivos de la población puede hacer más para mejorar el bienestar y reducir la prevalencia del trastorno que sólo intervenciones de tratamiento o preventivas a grupos de riesgo.

Una de las críticas más habituales que se les suele realizar a los programas de prevención universales es su pequeño tamaño del efecto, pero en el ámbito de la prevención (a diferencia de la intervención), un pequeño tamaño del efecto puede ir asociado a repercusiones positivas en la población. En concreto, la revisión de Stockings et al. (2016) indica que los programas de prevención están asociados a una disminución del 53% en el riesgo de problemas internalizantes durante los 6-9 meses posteriores a la aplicación del programa.

Revisiones y meta-análisis realizados sobre programas de prevención de la depresión en la infancia y adolescencia en el entorno escolar, permiten plantear cuatro conclusiones (Calear y Christensen, 2010; Corrieri et al., 2014; Werner-Seidler et al., 2017):

- 1) Analizando los efectos de los programas a través de comparaciones pretest-postest, los tamaños del efecto en la post-intervención son, en general, bastante bajos, a corto, medio y largo plazo.
- 2) Los programas desarrollados por personal externo al centro escolar (por ejemplo, psicólogos o investigadores) muestran mayores efectos que los desarrollados por el profesorado.
- 3) No se hallan diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de grupo de control utilizado.
- 4) En general no se hallan diferencias estadísticamente significativas en la eficacia en función del tipo de intervención realizada (terapia cognitivo-conductual, intervenciones psicoeducativas, terapia interpersonal...). Sin embargo, estudios recientes (Moriana, Gálvez-Lara y Corpas, 2017) apuntan a una mayor eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales. Además, pocos estudios incluyen fase de seguimiento para valorar si los efectos del programa se mantienen.

**TABLA 4**  
**PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE**

Denominación	Autor-es año	Edad de aplicación	Objetivos	Características	Resultados
Penn Resiliency Program (PRP)	Gillham, Jaycox, Reivich, Seligman y Silver (1990)	8-15	Tomar conciencia de la relación entre cognición, emoción y conducta, desarrollar habilidades sociales y de toma de decisiones y fomentar el optimismo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perspectiva cognitivo-conductual.</li> <li>✓ 12 sesiones de 90-120 minutos.</li> <li>✓ Contenidos: reestructuración cognitiva, estrategias de afrontamiento desadaptativas, estilos atributivos, asertividad, negociación, relajación, toma de decisiones, habilidades sociales.</li> </ul>	Algunos estudios universales han encontrado una reducción significativa de los niveles de depresión ansiedad, problemas de conducta, bienestar psicológico y optimismo (Cardemil, Reivich, Beevers, Seligman y James 2007; Chaplin et al., 2006; Gillham, Reivich, Jaycox y Seligman, 1995). Otras investigaciones evidencian los efectos de la PRP aplicada por terapeutas (Gillham, Hamilton, Freres, Patton y Gallop, 2006) obteniendo resultados positivos.
* Coping with Stress Course (CWSC)	Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn y Seeley (1995)	13-17	Rebatir pensamientos irracionales, afrontar estados de ánimo negativos, vencer la pasividad y llegar a acuerdos con padres y compañeros, entrenamiento en habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Basado en la terapia cognitiva de Beck (Beck et al., 1979) y Ellis (Ellis y Harper, 1961).</li> <li>✓ 15 sesiones de 45 minutos u 8 sesiones de 90 minutos</li> <li>✓ Contenidos: la depresión y su relación con el estrés, entrenamiento en habilidades de reestructuración cognitiva y modificación de pensamientos irracionales.</li> </ul>	Reducción significativa de los niveles de depresión y del riesgo de aparición de la misma en el postest y en el seguimiento (9, 12 y 18 meses) (Clarke et al., 1995, 2001; Garber et al., 2009).
Aussie Optimism Program	Rooney, Pike y Roberts (2000)	6-11	Intervenir en factores de riesgo y protectores de la depresión y la ansiedad (características cognitivas, emocionales y sociales).	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perspectiva cognitivo-conductual.</li> <li>✓ 10 sesiones de 60 minutos.</li> <li>✓ Contenidos: identificar creencias negativas sobre uno mismo, sobre circunstancias presentes y futuras, identificar y regular emociones, realizar actividades placenteras, practicar con jerarquías de situaciones que provocan temor o miedo y aprender a relajarse (Rooney et al., 2013).</li> </ul>	Rooney et al. (2006) aplicaron el programa a niños de 8-9 años de edad y hallaron una reducción significativa en los niveles de depresión y atribuciones causales más positivas en el postest a corto plazo, aunque dichos resultados no se mantuvieron a largo plazo. Los tamaños del efecto fueron bajos para la sintomatología depresiva y estilo atribucional. El programa ha demostrado tener un efecto en la reducción de la sintomatología depresiva en otro estudio con 47 alumnas de 7º grado con un seguimiento de 6 meses (Quayle et al., 2001).
Resourceful Adolescent Program-Adolescents (RAP-A)	Schochet, Dadds, Holland, Whitefield, Hamett y Osgarby (2001)	12-15	Identificar y rebatir pensamientos irracionales, entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento de problemas, prevenir conflictos con padres e iguales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perspectiva cognitivo-conductual.</li> <li>✓ 11 sesiones de 40-50 minutos.</li> <li>✓ Contenidos: reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades social y de comunicación.</li> </ul>	Resultados significativos en la prevención de la depresión en el postest pero no en el seguimiento para el BDI-II (sí para el RADS) (Merry et al., 2004) en grupos aleatorios, aunque cuando se utilizaron grupos no-aleatorios el resultado fue también significativo en el seguimiento (Shochet et al., 2001).

**TABLA 4**  
**PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE (Continuación)**

Denominación	Autor-es año	Edad de aplicación	Objetivos	Características	Resultados
FRIENDS	Barrett y Turner (2001)	7-16	Reducir la incidencia de ansiedad y depresión, distrés emocional y dificultades sociales, enseñando a los niños y niñas a afrontar la ansiedad, tanto en la actualidad como en un futuro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perspectiva cognitivo-conductual.</li> <li>✓ 10 sesiones +2 de refuerzo, de 120 minutos.</li> <li>✓ Contenidos: emociones propias y ajenas, relajación, intentar hacer lo mejor posible, planificar pasos, cuidado del tiempo para divertimos juntos, habilidades con amigos y familiares, ser feliz...</li> </ul>	Reducción de los niveles de ansiedad, aunque los resultados en la reducción de la depresión son más limitados (Barrett y Turner, 2001; Lock y Barrett, 2003; Lowry-Webster, Barrett y Dadds, 2001). En el estudio de Barrett y Turner con 489 niños y niñas de entre 10 y 12 años de edad el tamaño del efecto para la depresión en el posttest fue de .09.
Problem Solving for Life (PSFL)	Spence, Sheffield y Donovan (2005)	13-15	Reestructuración cognitiva y resolución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perspectiva cognitivo-conductual.</li> <li>✓ 8 sesiones de 45-50 minutos.</li> <li>✓ Contenidos: rebatir pensamientos desadaptados, afrontamiento de problemas.</li> </ul>	No se evidenciaron resultados significativos en la prevención de la sintomatología depresiva (Sheffield et al., 2006; Spence, Sheffield y Donovan, 2005), si bien se produjo una mejora en todas las variables estudiadas en todos los grupos del estudio (los que participaron y no participaron en el programa) (Sheffield et al., 2006).
* Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training (IPT-AST)	Young y Muñoz (2003)	11-16	Entrenamiento en habilidades sociales, afrontar transiciones vitales y superar déficits interpersonales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perspectiva cognitivo-conductual.</li> <li>✓ 10 sesiones de 90 minutos.</li> <li>✓ Contenidos: habilidades sociales y de comunicación.</li> </ul>	Reducción inmediata de los síntomas depresivos, pero los beneficios no se mantienen más allá de los 6 meses (Horowitz et al., 2007; Young, Muñoz y Gallop, 2010). Otro estudio (McCarthy et al., 2018) compara los efectos del IPT-AST y otro programa de prevención de la depresión, el asesoramiento grupal (GC) en adolescentes en riesgo de depresión, encontrando efectos más favorables de IPT-AST a corto plazo y entre ciertos subgrupos de mayor riesgo (p.e. familias de bajos ingresos). Los adolescentes que experimentaron una mejora significativa en sus síntomas depresivos tuvieron resultados más positivos en el rendimiento académico que los que no experimentaron una mejora significativa, independientemente de la condición de intervención. Young et al. (2019) con adolescentes con síntomas depresivos elevados comparan IPT-AST y GC hallando que en ambas condiciones mostraron mejoras significativas en los síntomas depresivos y el funcionamiento general desde el inicio hasta los 24 meses de seguimiento.
* Adolescents Coping with Emotions (ACE)	Sheffield et al. (2006)	14-15	Prevenir o reducir los niveles de depresión, mejorando las habilidades de afrontamiento y promoviendo la resiliencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perspectiva cognitivo-conductual.</li> <li>✓ Aplicado por profesorado</li> <li>✓ 8 sesiones de 60 minutos.</li> <li>✓ Contenidos: reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, habilidades de negociación y resolución de problemas, reconocimiento de logros propios.</li> </ul>	Reducción significativa de sintomatología depresiva y pensamientos negativos en chicas tras 6 meses (Kowalenko, Rapee, Simmons, Wignall, y Hoge, 2005), pero no en seguimiento de 12 meses (Sheffield et al., 2006).
*SPARX Inteligente, Activo y Realista	Fleming, Dixon, Frampton y Merry (2012)	12-19	Reducir los síntomas depresivos y mejorar la salud mental de estudiantes de educación especial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia Cognitivo Conductual Computerizada.</li> <li>✓ Tratamiento online mediante dibujos animados que presentan visualmente las distintas técnicas de terapia cognitivo-conductual.</li> <li>✓ 7 módulos de 30 minutos.</li> <li>✓ Incluye psicoeducación, relajación, resolución de problemas, habilidades sociales, programación de actividades, retos, y sustitución del pensamiento negativo.</li> <li>✓ El programa se puede ver en <a href="http://www.sparx.org.nz">www.sparx.org.nz</a>.</li> </ul>	Se hallaron diferencias significativas en la reducción de síntomas depresivos de los estudiantes con síntomas de depresión que se encuentran en programas de educación alternativa, excluidos de la educación general que habían experimentado el SPARX durante 10 semanas frente al grupo de control (Fleming et al., 2012).

**TABLA 4**  
**PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE (Continuación)**

Denominación	Autor-es año	Edad de aplicación	Objetivos	Características	Resultados
FORTIUS	Méndez, Llavona, Espada y Orgilés (2013)	8-13	Fortalecer psicológicamente a los niños, a nivel cognitivo, emocional y conductual para prevenir las dificultades emocionales y resolver los problemas personales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 12 sesiones de 50-60 minutos +2 de fortalecimiento al mes+1 al de 3 meses.</li> <li>✓ Contenidos: comprensión y control de emociones negativas, habilidades sociales y de organización de las actividades diarias, detección y reestructuración de pensamientos negativos, resolución de problemas, toma de decisiones y autoinstrucciones positivas.</li> </ul>	No diferencias significativas en depresión en la fase de postest, sí en el seguimiento (12 meses) pero sólo en las chicas (Orenes, 2015).
Programa multimodal para la prevención del suicidio y la depresión	Gijzen et al. (2018)	11-15	Reducir de forma clínicamente significativa los comportamientos suicidas y los niveles de síntomas depresivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 4 módulos: (1) cribar con evaluación clínica posterior y/o derivación; (2) capacitar guardianes de la red de seguridad; (3) prevención universal centrada en la reducción del estigma; e (4) identificar adolescentes con signos elevados del factor de riesgo más importante para conductas suicidas, es decir, depresión con subsiguiente prevención indicada para adolescentes con tamizaje positivo.</li> </ul>	No presentan resultados.
* OVK 2.0 program	Jonge-Heesen et al. (2020)	12-16	Reducir los síntomas depresivos en adolescentes con síntomas depresivos elevados. Enseñar a identificar pensamientos y emociones, y también cómo se relacionan los eventos activadores, pensamientos, emociones y comportamientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia cognitivo conductual (TCC)</li> <li>✓ 8 lecciones semanales de 1 hora en grupos de 3-8 adolescentes, impartidas por psicólogos escolares con co-entrenador de salud mental.</li> <li>✓ Contenidos: Monitoreo del estado de ánimo y asignaciones energizantes que se basan en la psicología positiva. Además, se incluyen fuentes multimedia.</li> <li>✓ 3 meses después del programa, organizan 1 sesión de refuerzo para adolescentes y padres.</li> </ul>	Evalúa los efectos del programa OVK 2.0 (adaptación del Penn Resiliency Program PRP) con adolescentes con síntomas depresivos elevados que se comparan con un grupo de control que recibe psicoeducación sobre la depresión. Los experimentales disminuyen los síntomas depresivos en la autoevaluación significativamente más que el grupo de control, sin embargo, en la evaluación de los padres no se encontraron diferencias significativas (Jonge-Heesen et al., 2020)
“Pozik Bizi (Vivir Feliz)”	Bernarás, Jaureguizar y Garaigordobil (2019, 2020)	8-10	Mejorar las relaciones sociales; Identificar, entender y regular las emociones y pensamientos negativos/positivos; y Desarrollar habilidades, disminuir la ansiedad y aumentar la autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perspectiva cognitivo-conductual.</li> <li>✓ 18 sesiones de 60 minutos.</li> <li>✓ Contenidos: fomentar relaciones con iguales, reducir estrés social, identificación y control de emociones y pensamientos, ansiedad, autoestima...</li> </ul>	Disminución del desajuste clínico, desajuste escolar, problemas emocionales y de conducta, síntomas depresivos autoevaluados; y aumento de conductas positivas que inhiben la depresión y del ajuste personal (Garaigordobil, Bernarás y Jaureguizar, 2019; Garaigordobil, Jaureguizar y Bernarás, 2019)
* Programa cognitivo conductual (CBP) versus Cuidado Usual (UC)	Nestor et al. (2020)	13-17	Cuestionar las creencias propias y las de los demás; Habilidades para resolver problemas; Conducta asertiva; Relajación; Activación conductual...	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Programa de prevención cognitivo-conductual</li> <li>✓ 8 sesiones semanales de 90 min y 6 sesiones mensuales de seguimiento de 90 min.</li> <li>✓ Contenidos: Técnicas de reestructuración cognitiva y habilidades para resolver problemas en las primeras 8 sesiones. En las sesiones de seguimiento, estas habilidades son revisadas y otra habilidad (p. ej., relajación, asertividad, activación conductual...) es enseñada. En las sesiones semanales las madres (que tenían antecedentes de depresión) asistieron a reuniones durante las cuales otro terapeuta proporcionó la justificación y descripción de las habilidades que se enseñan a sus hijos.</li> </ul>	Las madres de los jóvenes del programa CBP fueron más positivas acerca de sus adolescentes en la evaluación posterior a la intervención que las madres de los jóvenes en UC. El alcance de las críticas maternas a los jóvenes en CBP versus UC varió según el género de los adolescentes. Disminuyen las críticas maternas, aumentando las valoraciones positivas, pero sólo en los chicos. El grado de depresión de los adolescentes pre-postintervención medió parcialmente en la relación entre la condición de la intervención (programa CBP versus UC) y las críticas de las madres, para los chicos, pero no para las chicas (Nestor et al., 2020)
Programa basado en la regulación emocional (ER) y basado en la activación conductual (BA)	Chen, Johnstone, y Kemps (2022)	8-13 años	Desarrollar la resiliencia para prevenir la preocupación, una característica transdiagnóstica entre la ansiedad y la depresión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 8 sesiones respectivamente.</li> <li>✓ Contenidos: ER: psicoeducación de la preocupación, habilidades de identificación de las emociones propias y de los demás, habilidades de comprensión de emociones, desarrollo y comprensión de las conexiones entre pensamientos, sentimientos y conductas, estrategias de regulación de las emociones... BA: psicoeducación de la preocupación, relación entre conductas de evitación y preocupación, comprensión de las causas de los sentimientos de preocupación, cómo controlar la preocupación, comprensión de la relación entre pensamientos, sentimientos y conductas, aprendizaje de estrategias de afrontamiento de la preocupación...</li> </ul>	Evalúan la eficacia de un programa basado en la regulación emocional (ER), y otro basado en la activación conductual (BA) comparando con grupo de control. No se observaron interacciones significativas condición x tiempo. Sin embargo, el porcentaje de niños que cumplieron con los límites clínicos para el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor disminuyó significativamente en la condición BA a los 12 meses de seguimiento, así como el porcentaje de niños que cumplieron con los límites clínicos para trastorno obsesivo compulsivo en la condición de ER (Chen et al., 2022)

Notas: Tipo de programa: \* = programa dirigido (población clínica y subclínica); Sin \* = Programas universales (población general).  
Ver programas de prevención del suicidio durante la adolescencia en Soto-Sanz et al. (2019b)

Greenberg, Domitrovich y Bumbarger (2001) señalan que los investigadores deberían explicar si sus programas de prevención se centran en uno o varios microsistemas (familia y escuela básicamente), mesosistemas, exosistemas... (siguiendo el modelo sistémico de Bronfenbrenner, 1979), o si están centrados exclusivamente en la persona o en su ambiente, ya que ello condicionará los resultados. De hecho, estos autores concluyen que los programas que se centran exclusivamente en los niños y adolescentes no son tan efectivos como los que además de educarlos, también promueven cambios positivos en su ambiente familiar y escolar.

Algunos autores, por ejemplo, Calear y Christensen (2010) sugieren que el hecho de que los programas dirigidos estén orientados a personas con altos niveles de sintomatología depresiva conlleva un mayor rango de posibilidades de cambio, sin embargo, esto no ayuda a entender por qué dichos cambios no siempre se mantienen en el tiempo. Por lo tanto, aún se requiere más investigación en este ámbito, para poder identificar cuáles de los componentes de los programas que han sido eficaces y los que realmente tienen un efecto en la reducción de la sintomatología depresiva, cómo se desarrollan, quién los pone en práctica y si sus efectos se mantienen a corto, medio y largo plazo.

Las escuelas son un contexto inmejorable para el desarrollo de programas de prevención, ya que es en ellas donde surgen vínculos importantes entre los niños y sus compañeros y con sus profesores. A menudo, el personal docente es el primero en apreciar las señales de alarma, por ello, su participación en los programas de prevención es imprescindible. Si bien la responsabilidad del diagnóstico no debe recaer en el profesorado, son importantes observadores, y pueden llegar a detectar cuando un niño se encuentra especialmente triste, irascible, sin energía, con poco interés para estar con sus iguales, o si manifiesta sentimientos de incapacidad... Por estas razones, es importante formar a los profesores en el ámbito de la depresión para que puedan detectar esas señales de alarma fácilmente.

Tal y como se ha observado al revisar los programas de prevención de la depresión infanto-juvenil, gran parte de ellos tienen en común su orientación cognitivo-conductual y entre sus contenidos destacan el entrenamiento en habilidades sociales y de resolución de problemas, la educación emocional, la reestructuración cognitiva y el afrontamiento de la ansiedad. Probablemente, el hecho de incluir estos contenidos se deba a que son contenidos relevantes en el tratamiento de la depresión. Pero, seguramente, existen muchos factores que se deberían tener en cuenta en los programas de prevención y que, de una u otra manera, estén influyendo en su eficacia: quién administra el programa y su formación previa, las características de las personas, la dinámica grupal, cómo se desarrollan las sesiones, si se consiguen los objetivos propuestos, cómo se realiza la evaluación, etc. Además, en los programas de prevención universales desarrollados en las escuelas, el centro de atención es el alumnado, pero no se puede llegar a intervenir de forma holística, tal y como enfatizan autores como Greenberg et al. (2001). Por lo tanto, si señalamos que la depresión es multifactorial y que los factores de riesgo y protección pueden encontrarse en el ámbito escolar, familiar y social ¿no debería también la prevención ser multifactorial?

Por lo tanto, aún queda mucho camino por recorrer para poder comprender mejor la depresión infanto-juvenil y sus causas, ya que ello allanará el camino para diseñar instrumentos de evaluación, programas de prevención y tratamientos. Dada las importantes implicaciones socio-sanitarias de este trastorno, es importante invertir esfuerzos en la investigación de la depresión infanto-juvenil.

### **3.2. El papel de la familia en el desarrollo y la prevención de la depresión infantil y adolescente**

El contexto familiar en el que viven los niños y adolescentes parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de la depresión. Entre otros factores de riesgo, en la Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia (GTGPC, 2009) destacan los siguientes:

- ✓ La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia. Hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño.
- ✓ El alcoholismo familiar también se ha asociado a mayor probabilidad de depresión.
- ✓ La existencia de conflictos entre los padres.
- ✓ Las dificultades emocionales entre alguno de los padres y el niño.
- ✓ Las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado.
- ✓ Eventos vitales negativos como el divorcio o separación conflictiva de los padres.
- ✓ La muerte de un familiar.
- ✓ Vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de adaptación a la familia adoptiva, niños y adolescentes sin hogar, internos en centros de acogida...

El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de la depresión en los niños o adolescentes (GTGPC, 2009).

Algunos estudios han explorado la relación entre prácticas parentales y sintomatología depresiva. Estas investigaciones encuentran que los estilos educativos desajustados y las prácticas parentales inadecuadas, crean estrés y síntomas depresivos, que se incrementan en la adolescencia (García, De la Torre, Carpio, Cerezo y Casanova, 2014).

Otros estudios han encontrado relaciones familiares negativas en un 51% de los niños deprimidos. La revisión realizada por Chávez (2010) destaca entre otros factores, el ejercicio de la autoridad de los padres utilizando métodos violentos y humillantes o estilos permisivos e inconsistentes, asociados a las dificultades de comunicación entre padres e hijos. Se ha evidenciado que relaciones hostiles/violentas, y exigencias elevadas o excesivas expectativas pueden dañar la autoestima, la autonomía, y el estado de ánimo (Aseltine, Gore y Coiten, 1994). También se confirma que la falta de atención hacia el hijo, aunque no haya relaciones inadecuadas está relacionada con depresión infantil (Bifulco, Brown y Harris, 1987).

Entre los factores asociados a la depresión infantil y adolescente, algunas investigaciones (Gómez, 2012; García, 2013; Vega, 2008) destacan: los problemas con los padres, pobres vínculos familiares, clima familiar negativo y ruptura de la familia. Recientemente, Suárez, Mercerón, Del Toro, Verdecia y Rojas (2019) encuentran como variables relevantes la comunicación, el control y la autonomía.

En base a los resultados de las investigaciones se puede enfatizar la importancia de formar a los padres en pautas de crianza parental que aumentan el bienestar y la salud mental, disminuyendo la probabilidad de problemas emocionales y de conducta en sus hijos. En general, funciones parentales de apoyo, afecto, educación y control favorecen un desarrollo autónomo y saludable, siendo factores protectores de la depresión durante la infancia y la adolescencia. Entre las pautas de crianza positivas se pueden señalar, entre otras:

- ✓ Fomentar la autoestima del hijo, haciéndole sentirse querido y elogiando sus logros, lo que le hace sentirse valioso.
- ✓ Reconocer las conductas positivas, estar atento a sus buenas acciones y reforzarlas, recompensarlas.
- ✓ Demostrar amor incondicional, evitando culpar, criticar, enfatizar defectos...
- ✓ Promover la empatía, la capacidad de hacerse cargo, cognitiva y afectivamente, de los estados emocionales de otros seres humanos.
- ✓ Estimular y reforzar la conducta prosocial, las conductas sociales positivas (dar, cooperar, compartir, consolar...).
- ✓ Poner límites sin ser autoritarios.
- ✓ Dedicar tiempo a los hijos porque tiempo es afecto y aumenta el conocimiento de los hijos, y facilita la identificación de los problemas en cuanto aparecen.
- ✓ Ser un modelo de la conducta que se pretende potenciar, modelos de empatía, de conducta prosocial....
- ✓ Hacer de la comunicación una prioridad en casa...

Además, cuando la depresión del hijo es una evidencia, algunas orientaciones a los padres pueden ser útiles, entre otras, por ejemplo, darle apoyo emocional, hacerle sentirse querido y valioso, comprensión de la irritabilidad que muchas veces es el reverso, la otra cara de la tristeza, fomentar emociones positivas a través de actividades compartidas (alegría, felicidad...), enseñarle cómo manejar emociones negativas como la ira, la tristeza, o la ansiedad.

En síntesis, la prevención de la depresión infanto-juvenil es un reto para la escuela, la familia y también para la sociedad en general y requiere:

- ✓ *Implementar programas de prevención de la depresión en contextos educativos:* Con niños, por ejemplo, programas como el programa "Pozik-Bizi (Vivir Feliz)" (Bernarás et al., 2019, 2020), otros programas de prevención de la depresión para adolescentes como el ACE (Sheffield et al., 2006), y/o también programas para fomentar el desarrollo social y emocional durante toda la escolaridad (programas de juego cooperativo, inteligencia emocional, para desarrollar competencias sociales y emocionales que inhiben la depresión...). En esta dirección, Del Barrio y Carrasco (2017) plantean la importancia de llevar a cabo acciones preventivas de las alteraciones emocionales entre las que mencionan: la educación emocional (identificar emociones, asociar emociones a pensamientos, aprender a cambiar acciones y pensamientos para cambiar emociones...), control emocional (expresión adecuada de emociones, entrenamiento en relajación, diferir la gratificación, control de impulsos...), entrenamiento en habilidades sociales (escuchar, conversar, defender los derechos propios y los de los demás, negociar, decir no...), entrenamiento en resolución de problemas (identificar soluciones, analizar las consecuencias, elección y análisis de soluciones posi-

bles...), entrenamiento en actividades gratificantes (actividad física, juegos, trabajos de colaboración...)... En relación a la prevención del suicidio en adolescentes la OMS (WHO, 2020, 2021b) también recomienda la implementación de habilidades socioemocionales para la vida en las escuelas. Las pautas incluyen capacitación en concientización sobre la salud mental (es decir, alfabetización en salud mental) y capacitación en habilidades (como la resolución de problemas y el manejo del estrés). En lugar de centrarse explícitamente en el suicidio, se recomienda que los programas empleen un enfoque positivo de salud mental.

- ✓ *Llevar a cabo programas de formación parental*: Formar a los padres, por un lado, en pautas de crianza parental que aumentan el bienestar y la salud mental, disminuyendo la probabilidad de problemas emocionales y de conducta en sus hijos, y por otro lado, sobre pautas de afrontamiento cuando se evidencian los síntomas depresivos en el hijo.
- ✓ *Concienciación social para prevenir la depresión*: La intervención a nivel escolar y familiar, debe ir acompañada de acciones a nivel comunitario. La sociedad en general con sus normas y valores tiene mucho que aportar a la sensibilización de la importancia de la salud mental en la infancia y la adolescencia. La sociedad no presta mucha atención al tema de la depresión infantil, aunque en los últimos años está aumentando la apertura ante este problema de salud mental. La depresión en todas las edades se sigue considerando un problema individual y un tema del que se evita hablar, tabú. Por ello, sería positivo que la sociedad tomara conciencia de la importancia del contexto social en el desarrollo y mantenimiento de la depresión de las personas, y por consiguiente el importante papel del medio social en la erradicación de la depresión en general y especialmente de la depresión infanto-juvenil.

#### 4. TRATAMIENTOS CLÍNICOS DE LA DEPRESIÓN INFANTO-JUVENIL

Si bien la OMS (WHO, 2017a) afirma que los programas preventivos reducen el riesgo de sufrir depresión, aún está por aclarar qué tipo de programas y qué contenidos son los más idóneos. Asimismo, declara que existen tratamientos efectivos para la depresión moderada y grave, como son los *tratamientos psicológicos* (activación conductual, terapia cognitiva-conductual y psicoterapia interpersonal), *medicamentos antidepressivos* (aunque avisa de sus efectos adversos), y *tratamientos psicosociales* para la depresión leve.

##### 4.1. Tratamientos farmacológicos

El *tratamiento farmacológico con medicamentos antidepressivos* está siendo desde hace algunos años muy cuestionado, y en general se plantea evitar la medicación subrayando la importancia de la educación. Las intervenciones psicofarmacológicas para la depresión infantil han sido en gran parte extensiones de la evolución de los medicamentos psicotrópicos para depresión en adultos (Powell, Ocean y Stanick, 2017). Iruela, Picazo y Peláez (2009) afirman que en la infancia y en la adolescencia no se recomiendan los antidepressivos tricíclicos (imipramina, clomipramina, amitriptilina). No se ha demostrado que tengan una eficacia mayor al placebo y producen efectos secundarios importantes por su cardiotoxicidad, por lo que son especialmente peligrosos en el caso de un intento de suicidio. Tampoco aconsejan la utilización de inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) debido a las restricciones alimentarias, las interacciones con otros medicamentos y la falta de ensayos clínicos con muestras suficientemente grandes que garanticen su eficacia. La revisión de Powell, Ocean y Stanick (2017) sobre los antidepressivos tricíclicos apunta en la misma dirección, enfatizando efectos secundarios similares a los que se encuentra en adultos (problemas con el apetito y el sueño) y mayor riesgo de suicidio, o pensamientos y/o intentos de suicidio en jóvenes tratados con este tipo de fármacos.

Los antidepressivos ISRS (inhibición selectiva de recaptación de serotonina) intentaron ser una respuesta a los problemas de antidepressivos tricíclicos, aumentan la cantidad de serotonina, fundamental en la experiencia del estado de ánimo positivo y la reducción del afecto negativo. Ejemplos de los ISRS más comúnmente prescritos incluyen fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft) y citalopram. Los antidepressivos ISRSs han sido los que más se han estudiado en esta población. El más eficaz ha sido la fluoxetina y se recomienda su utilización asociada con la psicoterapia cognitiva en el tratamiento de depresiones infantiles moderadas y graves.

En relación a la terapia farmacológica, Vitiello y Ordoñez (2016) realizaron una revisión sistemática del tema y encontraron más de 30 ensayos clínicos controlados con adolescentes y algunos estudios con niños. Los resultados no encontraron diferencias entre los estudios que administraron medicamentos y aquellos que usaron placebo, pero encontraron que la fluoxetina era efectiva. Señalaron que los antidepressivos aumentaron el riesgo de suicidio (ideación y conductas suicidas) en comparación con estudios que habían usado placebos. Los autores recomiendan usar antide-

presivos con precaución en jóvenes y limitándolos a pacientes con depresión moderada y severa, especialmente cuando las intervenciones psicosociales no son efectivas o no son factibles. Sin embargo, un estudio realizado con adolescentes por Foster y Mohler-Kuo (2018) encontró que la combinación de terapia cognitivo-conductual y fluoxetina (antidepresivo) fue más efectiva que la terapia farmacológica sola. Para Del Barrio (2014), si la intensidad de la depresión es muy grande y se considera necesaria la administración de antidepresivos, se recomienda especialmente la fluoxetina y el escitalopran en niños de 12 a 18 años y acompañado de terapia psicológica.

#### 4.2. Tratamientos psicológicos

Recientemente, la Sociedad de Psicología Clínica (APA, 2017) ha publicado una lista con los **tratamientos psicológicos** que presentan mayor rigor científico y que, además, han resultado ser los más eficaces en el tratamiento de la depresión. Estos tratamientos son los siguientes:

- ✓ *Autogestión / Terapia de autocontrol* (Kanfer, 1970). La depresión se debe a la atención selectiva que se presta a los eventos negativos, a las consecuencias inmediatas de los mismos, a las atribuciones de responsabilidad de los mismos, a la falta de autorrefuerzo y al castigo excesivo que se impone la persona a sí misma. Se trata de influir en el funcionamiento actual de la persona, analizar el afecto y la experiencia misma. En esta terapia se informa a la persona sobre la depresión y se le enseñan habilidades que pueda aplicar en su vida diaria. Las tareas se distribuyen en 5 fases: (1) Autoobservación; (2) Entrenamiento de objetivos; (3) Aprendizaje de técnicas de control apropiadas; (4) Aplicación de técnicas en contexto real (autoobservación, aplicación de la técnica, autoevaluación, autorrefuerzo o autocastigo y autocorrección); y (5) Revisión de las dificultades surgidas con el terapeuta. Las técnicas de autocontrol utilizadas son la técnica de control estimular (se trata de cambiar el contexto estimular en el que se produce la respuesta para que su probabilidad sea modificada) y las técnicas de programación conductual (se manipulan las consecuencias una vez que la respuesta se ha producido). Esta terapia se puede realizar de forma individual o grupal, a cualquier edad y se realiza en 10 sesiones.
- ✓ *Terapia Cognitiva* (Beck, 1987). A las personas que sufren depresión, se les enseñan habilidades cognitivas y de comportamiento para la obtención de creencias más positivas sobre sí mismas, sobre los demás y sobre el mundo. Esta técnica es conocida como reestructuración cognitiva y plantea dos objetivos: (1) Identificar y modificar los pensamientos erróneos y las conductas inadecuadas concomitantes; y (2) Reconocer y reemplazar los patrones cognitivos que producen estas ideas y conductas adaptativas. Para ello, se utilizan las estrategias de autoobservación y la identificación de los pensamientos negativos (Franchi, 2003). Méndez (1998), por su parte, afirma que en el niño con depresión el terapeuta debe buscar tres cambios: (1) Aprender a valorar sus sentimientos; (2) Sustituir sus comportamientos generadores de emociones negativas por comportamientos más adecuados; y (3) Modificar los pensamientos distorsionados y los razonamientos erróneos. El número de sesiones oscila entre 8 y 16 en pacientes con sintomatología leve. Los que presentan sintomatología más severa muestran mejoría con 16 sesiones.
- ✓ *Terapia Interpersonal* (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984). García y Palazón (2010) señalan 4 focos de tensión típicos en la depresión relacionados con pérdidas (el duelo complicado), conflictos (la disputa interpersonal), cambios (transiciones vitales) o carencias en las relaciones con los demás (déficit interpersonal) que dan origen y mantienen las depresiones. Por tanto, la terapia se centra en el alivio sintomático y la superación de las dificultades de las relaciones interpersonales. En la terapia se utilizan algunas estrategias conductuales como la resolución de problemas y el entrenamiento de habilidades sociales. La duración de la terapia se estima en 12-16 sesiones en los casos más graves y en 3-8 sesiones en los menos graves.
- ✓ *Sistema de Análisis Cognitivo Conductual de Psicoterapia* (McCullough, 2000). Esta terapia integra componentes de las terapias cognitivas, conductuales, interpersonales y psicodinámicas. Según McCullough, (2003), es la única terapia desarrollada específicamente para tratar la depresión crónica. En esta terapia los pacientes comienzan a presentar mayores conductas empáticas y a identificar, cambiar y sanar las conductas interpersonales asociadas a la depresión. Se abordan los problemas utilizando el análisis situacional, el ejercicio de discriminación interpersonal y las técnicas de entrenamiento/repetición de habilidades conductuales. Se recomienda a los pacientes que acompañen la terapia con medicación antidepresiva.
- ✓ *Terapia de Comportamiento / Activación Conductual (AC)* (Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2013). La depresión conduce a la persona a ir desatendiendo sus rutinas e ir aislándose cada vez más. A medida que va pasando el

tiempo, este aislamiento va aumentando la sintomatología depresiva. La persona deprimida pierde la oportunidad de vivir experiencias placenteras, acudir a actividades sociales y, en consecuencia, se reducen sus posibilidades de obtener reforzamiento positivo. En la terapia se busca aumentar las posibilidades de obtener refuerzo positivo aumentando la actividad y mejorando las relaciones sociales. Existe una versión más breve de esta terapia que busca, además de aumentar las actividades, identificar los procesos que inhiben la activación, disminuir la evitación y desarrollar habilidades para la resolución de problemas. Se registran las actividades que realiza el paciente, y poco a poco, se van aumentando las actividades más placenteras que elevan su humor. La duración de la terapia está estimada en 20 - 24 sesiones y en su versión breve, en 8 -15 sesiones.

- ✓ *Terapia de resolución de problemas* (Nezu, Nezu y D'Zurilla, 2013). Se trata de que el paciente aumente el ajuste personal a sus problemas y al estrés utilizando estrategias afectivas, cognitivas y conductuales. Los pasos propuestos son: (1) Orientación hacia el problema (habilidad para afrontar un problema); (2) Definición y formulación del problema (definición del problema y establecimiento de objetivos que se pueden definir y alcanzar); (3) Generación de soluciones alternativas (utilizar varios métodos de solución de problemas, sin enjuiciar la eficacia de las soluciones); (4) Toma de decisiones (seleccionar la mejor solución de las posibilidades planteadas); y (5) Puesta en práctica y verificación de la solución (puesta en marcha y evaluación del éxito o fracaso de la solución elegida). La duración de la terapia se estima en unas 12 sesiones. Esta terapia tiene bastante aceptación en atención primaria. Es una adaptación fácil de aplicar en la medicina general y por el personal sanitario que trabaja en estos contextos, y se lleva a cabo en seis semanas (Areán, 2000).

Entre los tratamientos que, según la APA (2017), muestran un soporte de investigación más modesto y que podrían utilizarse en la infancia se encuentran los siguientes:

- ✓ *Terapia Racional Emotiva* (Ellis, 1994). Se lleva a cabo en un breve espacio de tiempo y se centra en el presente de la persona deprimida. Se centra en cambiar el pensamiento que contribuye a crear problemas emocionales y de conducta mediante un modelo de intervención activo-directivo, filosófico y empírico. A través del modelo A-B-C (A: Acontecimientos observados por la persona; B: Interpretación que la persona hace del acontecimiento observado; C: Consecuencias emocionales de las interpretaciones que realiza la persona, se busca la reestructuración cognitiva de los pensamientos erróneos, para suplirlos por otros más racionales). Las técnicas más usadas son las cognitivas, las conductuales y las emocionales.
- ✓ *Terapia de auto-sistema* (Higgins, 1997). La depresión se produce debido al fracaso crónico para alcanzar los objetivos planteados por el individuo. Los pacientes en la terapia revisan su situación, analizan sus creencias y en base a las mismas, alteran su estilo regulador y avanzan hacia una visión de sí mismos. Se realiza entre 20 y 25 sesiones.
- ✓ *Terapia Psicodinámica Breve* (Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baity y Mooney, 2003). A través de la terapia, se trata de comprender que las experiencias pasadas influyen en el funcionamiento actual de la persona, y también de analizar el afecto y la expresión de la emoción. Se centra en la relación terapéutica, facilita la percepción y la evitación de temas incómodos e identifica las causas de la relación conflictiva. Esta terapia suele ser más prolongada y pretende ir más allá del alivio sintomático. Se suele combinar con tratamiento farmacológico para aliviar los episodios depresivos.
- ✓ *Terapia Focalizada en las Emociones. Terapia de regulación emocional o terapia experiencial de Greenberg* (Greenberg, 2004). Según Greenberg, Elliot y Pos (2015) esta terapia integra elementos de las prácticas centradas en el cliente (Rogers, 1961), con la Gestalt (Perls, Hefferline y Goodman, 1951), con la teoría de las emociones y una meta-teoría dialéctico-constructivista. Se trata de crear un ambiente seguro para que la persona reduzca la ansiedad y afronte las emociones difíciles, aumentando la conciencia de las mismas, profundizando en sus experiencias emocionales e identificando las malas respuestas emocionales. Se aprende a utilizar las emociones que guían las acciones de forma más saludable y promover el crecimiento y el cambio. El terapeuta guía y realiza el seguimiento del proceso experiencial del paciente y profundiza en sus habilidades de relación e intervención. Se lleva a cabo en 8-20 sesiones.
- ✓ *Terapia de Aceptación y Compromiso* (Hayes, 2005). Esta teoría va ganando terreno en los últimos años y es la que mayor evidencia empírica presenta dentro de las terapias contextuales o de tercera generación. Muestra la importancia que tiene el lenguaje humano en la experiencia y en el comportamiento. Se pretende cambiar la relación que tiene el individuo con depresión con sus sentimientos, pensamientos, recuerdos y sensaciones físicas, que teme

y evita. Se enseñan estrategias a la persona para disminuir la evitación, las cogniciones negativas y aprender a centrarse en el presente. No se trata de modificar el contenido de los pensamientos, sino de cambiar la manera de analizarlos, ya que intentar corregir los pensamientos puede, paradójicamente, intensificarlos.

#### 4.3. Evidencias de validación de los tratamientos

En relación a las evidencias encontradas en la validación de los diversos tratamientos, la Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia (GTGPC, 2009) sintetiza algunas evidencias de diferentes tratamientos:

- ✓ *Terapia cognitivo-conductual individual*: A corto plazo no fue significativamente diferente del placebo en pacientes con depresión moderada-grave. Obtuvo mayor respuesta que el tratamiento farmacológico en pacientes con depresión moderada. A largo plazo similar efecto que fluoxetina y la combinación de ambos.
- ✓ *Terapia cognitivo-conductual grupal*: A corto plazo es eficaz y reduce los síntomas. Frente a otras intervenciones (relajación, entrenamiento de habilidades, automodelado, resolución de problemas) no hay evidencia de que la terapia cognitivo-conductual grupal sea más efectiva.
- ✓ *Terapia interpersonal para adolescentes (Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training)*: Existe evidencia de mayor eficacia comparada con pacientes en lista de espera.
- ✓ *Terapia psicodinámica individual*: No existen evidencias concluyentes de su eficacia.
- ✓ *Terapia familiar*: Mayor eficacia comparada con el grupo en lista de espera. Similares resultados de eficacia que la terapia psicodinámica individual, con buen mantenimiento de los resultados en el tiempo. Similares tasas de remisión a la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal.

Por su parte, Ferdon y Kaslow (2008), en una revisión teórica del tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, concluyeron que la *terapia cognitivo-conductual* basada en el programa de prevención de *Penn Prevention* cumple los criterios para realizar intervenciones efectivas en niños con depresión. En la depresión adolescente, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal parecen tener buena eficacia. En la misma línea, Weersing, Jeffreys, Do, Schwartz y Bolano (2017), afirman que, aunque la eficacia de los tratamientos en niños es aún débil, la terapia cognitivo-conductual es probablemente la terapia más efectiva. También confirman que, en adolescentes deprimidos, la *terapia cognitivo-conductual* y la *psicoterapia interpersonal* son intervenciones apropiadas. En similar dirección, Del Barrio y Carrasco (2013) concluyen que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la más eficaz sobre todo en la celeridad de la obtención de resultados; sin embargo, a largo plazo todas las actuaciones terapéuticas demuestran ser eficaces, especialmente la TCC, la terapia sistémica y la interpersonal.

Existen otros estudios que se centran en los tratamientos de la depresión infantil. En esta dirección, Crowe y Mc Kay (2017) realizaron un meta-análisis para identificar los efectos de la *terapia cognitivo-conductual* (TCC) en niños con ansiedad y depresión. En sus conclusiones afirman que el TCC se puede considerar un tratamiento eficaz para la depresión en la niñez. Según estos autores, la mayoría de los protocolos para niños han sido adaptados de protocolos para adultos y las técnicas más comunes son la psicoeducación, la automonitorización, la identificación de emociones, la resolución de problemas, las habilidades de afrontamiento y los planes de recompensas. Asimismo, las estrategias cognitivas incluyen la identificación de errores cognitivos o la reestructuración cognitiva. Yang et al. (2017) en otro meta-análisis realizado para evidenciar la eficacia y la aceptabilidad de la TCC en la depresión infantil observaron que comparado con un grupo de control que no realizó tratamiento, los grupos experimentales mejoraban significativamente, aunque los autores señalaban que este hallazgo estaba limitado por el pequeño tamaño de los grupos en los ensayos.

Por otra parte, un *tratamiento basado en la familia* puede ser óptimo para abordar los problemas y síntomas interpersonales evidentes entre los niños deprimidos durante esta fase de desarrollo. Los datos indican que las características del entorno familiar predicen la recuperación frente a la depresión entre los niños deprimidos (Tompson, Langer, Hughes y Asarnow, 2016). En este sentido, Tompson, Sugar, Langer y Asarnow (2017) compararon los efectos de un tratamiento para la depresión infantil centrado en la familia (TCF), con los efectos de la psicoterapia de apoyo individual (PI) para niños de 7 a 14 años con trastornos depresivos. Los resultados mostraron que incorporar a la familia en la terapia producía una mejora significativa de los síntomas depresivos, de la respuesta global, del funcionamiento y del ajuste social.

En cuanto a la efectividad de los *tratamientos psicodinámicos*, Luyten y Blatt (2012) abogan por la inclusión de terapia psicoanalítica en el tratamiento de niños, adolescentes y adultos con depresión. Después de realizar una revisión de los supuestos teóricos y de los tratamientos psicodinámicos para la depresión muestran evidencias que respaldan la eficacia de estas intervenciones, estos autores concluyeron que la terapia psicoanalítica breve (BPT) es tan eficaz en el tratamiento de la depresión como otros tratamientos psicoterapéuticos o farmacoterapia, y sus efectos tienden a mantenerse a largo plazo. También observaron que a largo plazo la combinación de BPT y medicación obtuvo mejores resultados que la medicación sola. En un estudio cualitativo realizado por Brown (2018) sobre las expectativas de los padres con respecto a la recuperación de sus niños deprimidos, observó una relación directa entre dichas expectativas y el tipo de apego; además, las expectativas positivas de los padres respecto a la recuperación de su hijo y su participación en la terapia tuvieron una positiva influencia en el tratamiento.

En las últimas décadas, la evidencia sobre tratamientos psicológicos para niños y adolescentes ha aumentado. Muchas organizaciones han propuesto diferentes criterios para evaluar la evidencia del tratamiento psicológico en estas edades. En conexión con esta observación, el estudio de Gálvez-Lara et al. (2018) analizó los tratamientos basados en evidencia incluyendo ensayos o pruebas controladas aleatorizadas (RCTs), revisiones sistemáticas, metanálisis, así como guías y listas proporcionadas por cuatro organizaciones internacionales líderes. Las instituciones revisadas fueron el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención (NICE), la Sociedad de Psicología Clínica del Niño y del Adolescente (División 53) de la Asociación Americana de Psicología, Cochrane y la Sociedad Australiana de Psicología en relación con los trastornos mentales en niños y adolescentes. Se analizaron 137 tratamientos para 17 trastornos mentales y se compararon para determinar el nivel de acuerdo entre las organizaciones. Los resultados indican que, en la mayoría de los casos, hay poco acuerdo entre las organizaciones y en ciertos trastornos hay discrepancias.

El análisis de los tratamientos para la depresión en niños y adolescentes que Gálvez-Lara et al. (2018) llevaron a cabo en su estudio de revisión, revelaron 12 tratamientos apoyados por algún grado de evidencia. El ICC (.286) muestra pobre acuerdo entre las organizaciones para este trastorno. La *terapia cognitivo-conductual (TCC)*, la *terapia interpersonal*, y la *terapia de autoayuda* obtuvieron el nivel más alto de acuerdo (tres organizaciones las consideraron efectivas). Ninguna obtuvo el consenso de las cuatro organizaciones, por lo que Cochrane sugiere que la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas para tratar los trastornos depresivos en este grupo de edad es limitada (Cox et al. 2014). Los otros tratamientos estudiados fueron considerados como efectivos por menos de tres instituciones, y cinco tratamientos fueron considerados efectivos por una sola organización. Estos resultados requieren una reflexión sobre el significado atribuido a los tratamientos psicológicos de niños y adolescentes deprimidos basados en la evidencia.

Recientemente, Kovacs (2019) afirma que aunque se ha avanzado en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, los resultados son menos positivos de lo esperado, especialmente a edades tempranas. Probablemente esto se deba a que las intervenciones para la depresión infantil son adaptaciones de tratamientos diseñados originalmente para adultos, por lo que no tienen en cuenta cuestiones importantes del desarrollo como la influencia de los padres en el funcionamiento de los niños o las diferencias individuales en procesos relacionados con el afecto. En opinión de Kovacs (2019) hay varias razones: (1) ninguno de los tratamientos existentes incluye la participación activa de los padres, orientada a que aprendan nuevas habilidades para educar a sus hijos; (2) el mismo tratamiento se aplica a todos los niños, sin atender a las diferencias individuales en importantes características o habilidades, o niveles de desarrollo; y (3) la mayoría de los tratamientos existentes ignora el rol del contexto en las vidas de los niños.

Con esta contextualización, Kovacs (2019) propone la *Terapia de Regulación Contextual de las Emociones (CERT-Contextual Emotion Regulation Therapy)*, una nueva psicoterapia para la depresión infantil que se centra en la adquisición de habilidades, describiendo objetivos, técnicas y estrategias clave para el tratamiento. La CERT se fundamenta en la asunción de que una mala adaptación en la regulación de las emociones de tristeza y disforia, está causalmente relacionada con el inicio y mantenimiento de las depresiones. Se basa en una comprensión del desarrollo, en cómo la regulación de la emoción se realiza desde etapas muy tempranas de la infancia, y sitúa a los padres en el centro de este proceso. La terapia de regulación contextual de las emociones requiere que, al menos un padre, participe en el tratamiento y aprenda a actuar como un “entrenador ayudante” en la recuperación del niño. El mayor reto de la CERT es la cooperación de los padres, porque la terapia de regulación requiere una participación considerable por su parte. Además, el tratamiento tiene en cuenta que diferentes niños regulan las emociones de diversas maneras y que las habilidades requeridas también varían significativamente, en función de la edad cronológica/edad de desarrollo.

#### **4.4. Algunas recomendaciones para la intervención en la depresión infanto-juvenil**

La principal recomendación de intervención para la depresión durante la infancia, adolescencia y juventud es utilizar preferentemente la intervención psicológica. Si la intensidad de la depresión es muy grande y se considera necesaria la administración de antidepresivos, se recomienda especialmente la fluoxetina y acompañada de terapia psicológica. De la revisión realizada sobre la eficacia de los tratamientos se puede sugerir la utilización de la terapia cognitivo-conductual (TCC) ya que es la más eficaz sobre todo en la celeridad de la obtención de resultados; sin embargo, a medio plazo muchas actuaciones terapéuticas pueden ser eficaces, por ejemplo, entre otras, la terapia familiar, la terapia cognitiva, la terapia interpersonal, terapia de resolución de problemas, la terapia de regulación emocional...

Aunque las técnicas de intervención a utilizar dependen en gran medida del tipo de terapia y del análisis del caso, Del Barrio y Carrasco (2013, 2017) enfatizan que entre las principales técnicas terapéuticas para la depresión infantil, las más utilizadas serían: (1) las técnicas emocionales (registro e identificación de emociones, programación de actividades gratificantes, relajación, respiración, imaginación, humor); (2) las técnicas cognitivas (psicoeducación, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, detección del pensamiento, distracción, solución de problemas, narrativas-cuentos, metáforas, exteriorización); (3) las técnicas vivenciales y de dramatización (integración de opuestos, silla vacía, dos sillas, dramatización, realización de experimentos, técnicas de juegos); y (4) las técnicas interpersonales e intervención familiar (entrenamiento en habilidades sociales y comunicación, resolución de conflictos interpersonales, encuadre, ciclo vital, intercambio comunicativo y familiar).

Para el ámbito clínico, los resultados de otros estudios (Garaigordobil, Bernarás, Jaureguizar y Machimbarrena, 2017) sugieren diversos objetivos y estrategias terapéuticas tales como: (1) enseñar técnicas de control de la ansiedad (relajación); (2) utilizar técnicas conductuales para desarrollar habilidades sociales/prosociales, dando oportunidades de práctica/ensayo de estas conductas y reforzándolas; (3) emplear técnicas cognitivas para influir en procesos cognitivos (atribuciones, expectativas, estrategias, habilidades para resolver problemas, control de pensamientos negativos...), por ejemplo, la reestructuración cognitiva para cambiar creencias irracionales por otras formas de pensar más adaptativas, el entrenamiento en autoinstrucciones (identificar estímulos internos negativos, aprender a utilizar autoafirmaciones reforzadoras, autovaloraciones positivas...); y (4) usar técnicas emocionales como el dibujo y el juego, para facilitar la expresión de emociones, y el manejo constructivo de las mismas.

Como conclusión, se puede afirmar que el tratamiento de la depresión debe ser multifactorial, debe tener en cuenta las características personales del paciente, su modo de afrontar los problemas, el tipo de relación que tiene consigo mismo y el tipo de relaciones que establece con el entorno (amigos, escuela, familia...). Por tanto, para que la persona alcance el mayor nivel de bienestar psicológico posible, se deberán trabajar éstos y otros aspectos relacionados. En esta dirección, en la Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia (GTGPC, 2009) enfatizan que el tratamiento de la depresión durante la infancia y la adolescencia: (1) Debería ser integral y abarcar todas aquellas intervenciones terapéuticas, farmacológicas y/o psicosociales que puedan mejorar su bienestar y capacidad funcional; (2) Debería incluir cuidados clínicos estándar, entendiendo como tales psicoeducación, apoyo individual y familiar, técnicas de resolución de problemas, coordinación con otros profesionales, atención a otras comorbilidades y monitorización regular del estado mental; y (3) Independientemente de la terapia utilizada, habría que conseguir siempre una alianza terapéutica sólida y utilizar técnicas específicas para la infancia y la adolescencia, así como contar con los padres como parte fundamental del proceso terapéutico.

#### **4.5. Tratamientos psicológicos eficaces para la reducción de la conducta suicida y las autolesiones en jóvenes**

Tal y como enfatizan De Vicente y Villamarín (2022), el suicidio, los intentos de suicidio, las autolesiones o la ideación suicida son un problema de salud pública de gran relevancia, que especialmente afecta a los jóvenes. Así lo recoge la guía de tratamiento para la ideación suicida, las autolesiones y los intentos de suicidio entre los jóvenes (SAMHSA, 2020, *Treatment for suicidal ideation, selfharm, and suicide attempts among youths*), elaborada por la agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en la que se realiza una revisión sistemática de la literatura científica y de las mejores prácticas con la finalidad de identificar los tratamientos eficaces para el abordaje del suicidio. En la guía, los autores advierten de los efectos adversos de la prescripción de antidepresivos en niños y adolescentes, como el aumento del riesgo de suicidio, centrandolo en los tratamientos psicológicos eficaces o basados en la evidencia para el tratamiento de la conducta suicida.

De la revisión de la literatura científica sobre las terapias psicológicas disponibles, los expertos concluyen que la Terapia Dialéctica Conductual cuenta con un fuerte apoyo experimental, demostrando su eficacia en la mejora de la ideación suicida, las autolesiones (no suicidas o de otro tipo) y los intentos de suicidio, junto con otras mejoras en la sintomatología del trastorno de personalidad límite, la necesidad de hospitalizaciones o ingresos psiquiátricos, la sintomatología depresiva y las tasas de abandono. Según la revisión de la evidencia científica realizada por los expertos, otras terapias psicológicas que obtienen un apoyo experimental moderado son: la Terapia Familiar Basada en el Apego, Terapia Multisistémica, las Alternativas Seguras para Adolescentes y Jóvenes (*Safe Alternatives for teens and youth*), la Terapia Cognitiva Conductual Integrada y el programa de Equipo de Apoyo para Jóvenes-Versión II. La guía destaca que no existe un tratamiento único o común para las autolesiones y los intentos de suicidio. Por este motivo, los profesionales deben tener cuidado en seleccionar el programa que mejor se adapte a las características y necesidades de los jóvenes que serán atendidos.

Asimismo, con independencia del tratamiento elegido, la guía establece un conjunto de elementos comunes que deben tenerse muy en cuenta antes del tratamiento y durante la aplicación de los programas de tratamiento: (1) La realización de una evaluación exhaustiva antes de iniciar el tratamiento, en la que se identifique la historia del curso de pensamientos del paciente, sus comportamientos, estado de ánimo, intentos de suicidio anteriores, la presencia de trauma, el historial de salud y la vida familiar. La evaluación inicial debe ayudar a identificar el riesgo de suicidio, determinar los próximos pasos y adaptar módulos de tratamiento específicos para satisfacer necesidades específicas; (2) El establecimiento de un plan de seguridad, que debe recoger una lista priorizada de estrategias de afrontamiento y fuentes de apoyo que los jóvenes pueden utilizar antes o durante una crisis suicida y a menudo se completa antes de comenzar el tratamiento y/o durante la primera sesión. Los padres u otros miembros adultos de la familia también deben recibir indicaciones sobre cómo vigilar los pensamientos y el comportamiento suicida, reconocer las señales de advertencia y apoyar a su hijo en el uso del plan de seguridad; (3) La participación de la familia en sesiones separadas o conjuntas; (4) El entrenamiento en habilidades de afrontamiento para satisfacer las necesidades identificadas en la evaluación; y (5) La promoción de la continuidad de los cuidados (De Vicente y Villamarín, 2022).

### Últimas reflexiones

El diagnóstico de los trastornos depresivos infanto-juveniles es un área que continúa evolucionando. A lo largo del siglo pasado ha ido mejorando nuestra comprensión de la depresión en los niños y adolescentes, y nuestra capacidad para identificar este problema y proporcionar servicios. Sin embargo, quedan pendientes áreas de investigación, especialmente por el riesgo del suicidio que implica, o por los muchos correlatos asociados con el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Además, no todos los tratamientos son efectivos para todos los jóvenes, lo que sugiere que aspectos importantes de la investigación sobre la depresión siguen siendo desconocidos. Es importante poder predecir la recurrencia del episodio del estado de ánimo e individualizar las prácticas de tratamiento con los jóvenes (Powell, Ocean y Stanick, 2017).

Desde un marco más amplio, en relación a la salud mental durante la infancia, la adolescencia y la juventud cabe concluir la necesidad de desarrollar: (1) acciones para identificar/detectar prematuramente los problemas de salud mental, ya que los problemas psicopatológicos en la edad adulta se inician en edades tempranas; (2) intervenciones preventivas, por ejemplo, desde los centros educativos a lo largo de toda la escolaridad, basadas en la evidencia y realizadas por psicólogos educativos y/o sanitarios; (3) tratamientos psicológicos en los centros de salud mental, basados en la evidencia, para la intervención en los trastornos mentales, y llevados a cabo por psicólogos clínicos especialistas en salud mental infanto-juvenil; y (4) la salud mental y el bienestar emocional de niños, adolescentes y jóvenes debe ganar más prioridad en la política sanitaria española y europea, ya que se requiere disponer de mayor presupuesto para poder llevar a cabo acciones para identificar, prevenir y tratar (a nivel ambulatorio, de hospital de día y de hospitalización) los problemas de salud mental infanto-juvenil (Garaigordobil, 2021).

Además, teniendo en cuenta el aumento de problemas psicológicos debido a la pandemia de la COVID-19, es importante enfatizar: (1) La necesidad de actualizar el conocimiento sobre relevantes problemas de salud mental que se observan en la infancia, la adolescencia y la juventud, en relación a sus características, epidemiología, consecuencias en la esfera personal y social, y factores de riesgo-protección; (2) Plantear un enfoque multidisciplinar en el abordaje de los problemas de salud mental infanto-juvenil (educación, sanidad, servicios sociales...) para dar respuesta a las

necesidades propias de estas edades; y (3) Reivindicar una mayor atención hacia las enormes carencias humanas y materiales en este ámbito. Actualmente se necesita de forma urgente: (1) que se ponga en marcha la especialidad de Psicología Clínica Infanto-Juvenil; (2) que el sistema educativo tome conciencia de su relevante papel en este campo y promueva el desarrollo de la Psicología Educativa; y (3) que los servicios sociales, además de su labor asistencial, puedan ofrecer una atención primaria psicológica de calidad (Garaigordobil, 2021).

## REFERENCIAS

- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., y Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*, 213-232. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>
- Achenbach, T.M., y Edelbrock C.S. (1985). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington (TV): University Associates in Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Médica Panamericana.
- American Psychological Assn. Society of Clinical Psychology (APA, 2017). Depression. <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/depression/>
- Angold, A., Costello, E.J., Messer, S.C., Pickles, A., Winder, F., y Silver, D. (1995). The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *5*, 237-249.
- Angold, A., Erkanli, A., Farmer, E.M.Z., Fairbank, J.A., Burns, B.J., Keeler, G., y Costello, E.J. (2002). Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and White youth. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 893-901. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.59.10.893>
- Areán, P.A. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: Teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, *8*(3), 547-559.
- Aseltine, R.H., Gore, S., y Colten, M.E. (1994). Depression and the social developmental context of adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(2), 252-263. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.67>
- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J.P., Burstein, M., y Merikangas, K.R. (2015). Major depression in the National comorbidity survey-Adolescent Supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*(1), 37-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.010>
- Babore, A., Trumello, C., Candelori, C., Paciello, M., y Cerniglia, L. (2016). Depressive symptoms, self-esteem and perceived parent-child relationship in early adolescence. *Frontiers in Psychology*, *7*, 982. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.0098>
- Barrett, P., y Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, *40*, 399-410. <http://dx.doi.org/10.1348/014466501163887>
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *1*, 15-37.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*(2), 272-275.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J.S., Beck, A.T., Jolly, J.B., y Steer, R.A. (2005). *The Beck Youth Inventories (2<sup>nd</sup> ed.)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bernarás, E., Garaigordobil, M., Jaureguizar, J., y Soroa, M. (2018). Mild and severe childhood depression: differences and implications for prevention programs in the school setting. *Psychology Research and Behavior Management*, *11*, 581-588. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S184014>
- Bernarás, E., Jaureguizar, J., y Garaigordobil, M. (2019). *Pozik Bizi 8-10 urte bitarteko umeen emozioak eta depresio-sintomak hobetzeko programa*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Bernarás, E., Jaureguizar, J., y Garaigordobil, M. (2020). *Pozik Bizi: Programa para la mejora de las emociones y síntomas depresivos en niños y niñas de 8 a 10 años*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Bernarás, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., y Garaigordobil, M. (2015). Predictive factors of depressive symptomatology in

- school-age children: comparison of children's and teachers' reports. En A.M. Columbus (Ed.), *Advances in psychology research* (pp. 55-74). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Bernarás, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I., y de las Cuevas, M.C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29(1), 131-140. <http://doi.org/10.6018/analesps.29.1.137831>
- Bifulco, A., Brown, G., y Harris, T. (1987). Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication. *Journal of Affective Disorders*, 12(2), 115-128. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0165032787900036>
- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 73-88. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1981.tb00533.x>
- Bos, A.E.R., Huijding, J., Muris, P., Vogel, L.R.R., y Biesheuvel, J. (2010). Global, contingent and implicit self-esteem and psychopathological symptoms in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 48, 311-316. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.025>
- Bravo, M., Ribera, J., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Shrout, P., Ramírez, R., et al. (2001). Test Retest Reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC IV). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(5), 433-44. <http://doi.org/10.1023/A:1010499520090>
- Brendgen, M., Vitaro, F., Turgeon, L., y Poulin, F. (2002). Assessing aggressive and depressed children's social relations with classmates and friends: A matter of perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 609-624. <http://doi.org/10.1023/A:1020863730902>
- Brown, J. (2018). Parents' experiences of their adolescent's mental health treatment: helplessness or agency-based hope. *Clinical Child Psychology and Psychiatric*, 23, 644-662. <http://doi.org/10.1177/1359104518778330>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Buela-Casal, G., y Agudelo, D. (2008). *IDER. Inventario de depresión Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.
- Calear, A.L., y Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescence*, 33, 429-438. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.07.004>
- Calear, A.L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Grant, J.B., Van Spijker, B., y Donker, T. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 467-482. <http://doi.org/10.1007/s00787-015-0783-4>
- Calvo, J., Sánchez, R., y Tejada, P. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Salud Pública*, 5, 123-143.
- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Sáez-Carles, M., y Arija-Val, V. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*, 268, 328-334. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>
- Cardemil, E.V., Reivich, K.J., Beevers, C.G., Seligman, M.E.P., y James, J. (2007). The prevention of depressive symptoms in low-income, minority children: two year follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 45, 313-327. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.010>
- Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., ... y Alonso, J. (2017). Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(3), 195-211. <https://doi.org/10.1111/acps.12679>
- Celma, L., y Rodríguez, C. (2017). *Programa SEA. Desarrollo de habilidades sociales, emocionales y de atención plena para jóvenes*. Madrid: TEA.
- Chaplin, T.M., Gillham, J.E., Reivich, K., Elkon, A.G.L., Samuels, B., Freres, D.R., et al. (2006). Depression prevention for early adolescent girls: A pilot study of all girls versus co-ed groups. *Journal of Early Adolescence*, 26, 110-126. <http://doi.org/10.1177/0272431605282655>
- Chávez, E. (2010). *Las familias cubanas en el parteaguas de dos siglos*. La Habana, Cuba: Fondos del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas.
- Chen, J., Johnstone, K.M., y Kemps, E. (2022). A randomised controlled trial evaluating two universal prevention programs for children: Building resilience to manage worry. *Journal of Affective Disorders*, 297, 437-446. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.079>

- Chorpita, B.F., Yim, L.M., Moffitt, C.E., Umemoto L.A., y Francis, S.E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835-855. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)
- Cianchetti, C., y Fascello, S.G. (2001). *Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA)*. Firenze, Italy: Organizzazioni Speciali.
- Cicchetti, D., y Cohen, D. (2006). *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2ª ed., Vol. 3). New York: Wiley.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Gunnar, M.R., y Toth, S. L. (2010). The differential impacts of early physical and sexual abuse and internalizing problems on daytime cortisol rhythm in school-aged children. *Child Development*, 81, 252–269. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01393.x>
- Clarke, G.N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L.B., Lewinsohn, P.M., y Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312–321. <http://doi.org/10.1097/00004583-199503000-00016>
- Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E., y Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127–1134. <http://doi.org/10.1097/00004583-199503000-00016>
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., ... Streuning, E.L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851–867. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1993.tb01094.x>
- Cole, D.A. (1991). Preliminary support for a competency-based model of depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 100, 181-190. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.100.2.181>
- Colman, I., Zeng, Y., McMartin, S.E., Naicker, K., Ataullahjan, A., Weeks, M., Senthilselvan, A., y Galambos, N.L. (2014). Protective factores against depression during the transition from adolescence to adulthood: Findings from a national Canadian cohort. *Preventive Medicine*, 65, 28-32. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.04.008>
- Connor, K.M., y Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <http://doi.org/10.1002/da.10113>
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H.H., y Riedel-Heller, S.G. (2014). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: A systematic review. *Health Promotion International*, 29(3), 427-441. <http://doi.org/10.1093/heapro/dat001>
- Costello, E.J., Erkanli, A., y Anglod, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1263-1271. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x>
- Cox, G.R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S.N., Parker, A.G., et al. (2014). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD008324.
- Crowe, K., y McKay, D. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 76-87. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.04.001>
- Cumsille, P. Martínez, M.L., Rodríguez, V., y Darling, N. (2015). Parental and individual predictors of trajectories of depressive symptoms in Chilean adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 208-216. <http://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.06.001>
- De Vicente, A., y Villamarín, S. (2022). Tratamientos psicológicos eficaces para la reducción de la conducta suicida y las autolesiones en jóvenes. *Infocop 96*. Enero-Marzo. <https://www.cop.es/infocop/pdf/1203.pdf>
- Del Barrio, V. (2000). *La depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga: Aljibe.
- Del Barrio, V. (2007). *El niño deprimido*. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, V. (2014). Depresión mayor y distimia. En Ezpeleta, L., y Toro, J. (Eds.), *Psicopatología del Desarrollo* (pp. 301-324). Madrid: Pirámide.
- Del Barrio, V., y Carrasco, M.A. (2004). *Adaptación del CDI, Inventario de depresión infantil de Maria Kovacs*. Madrid: TEA.
- Del Barrio, V., y Carrasco, M.A. (2013). *Depresión en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.

- Del Barrio, M.V., y Carrasco, M.A. (2017). *Detección y prevención de problemas psicológicos emocionales en el ámbito escolar*. Segunda Edición Revisada. Madrid: FOCAD.
- Del Barrio, V., Colodrón, M., de Pablo, C., y Roa, M.L. (1996). Primera adaptación española de las escalas de depresión de Reynolds RCDS y RADS a población española. *RIDEP*, 2, 75-100.
- Del Barrio, V., Roa, M.L., Olmedo, M., y Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*, 1, 263-272.
- Demir, T., Karacetin, G., Demir, D.E., y Uysal, O. (2011). Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 134, 168-176. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.041>
- Deng, S., Liu, X., y Roosa, M.W. (2004). Agreement between parent and teacher reports on behavioral problems among chinese children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 407-414. <http://doi.org/10.1097/00004703-200412000-00004>
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures. Manual I for Revised Versión of the SCL-90*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Domènech, E., y Polaino-Lorente, A. (1990). La escala ESDM como instrumento adicional en el diagnóstico de la depresión infantil. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17(3), 105-113.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy (Rev. ed.)*. Secaucus, NJ: Birch Lane.
- Ellis, A., y Harper, R.A. (1961). *A guide to successful marriage*. Nueva York: Wilshire Book Company.
- Erskine, H., Baxter, A., Patton, G., Moffitt, T., Patel, V., Whiteford, H., y Scott, J. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(4), 395-402. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001158>
- Essau, C.A., Conradt, J., Sasagawa, S., y Ollendick, T.H. (2012). Prevention of anxiety symptoms in children: results from a universal school-based trial. *Behavior Therapy*, 43(2), 450-464. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.003>
- Espada, J.P., Orgilés, M., Méndez, X., y Morales, A. (2021). Problemas relacionados con la regulación emocional: depresión y problemas de ansiedad. En J.R. Fernández-Hermida y S. Villamarín (Eds.), *Libro Blanco de Salud Mental Infanto-Juvenil* (pp. 18-31). Madrid Consejo General de la Psicología de España.
- Espada, J.P., Méndez, X., Orgilés, M., y Morales, A. (2021). Conducta suicida. En J.R. Fernández-Hermida y S. Villamarín (Eds.), *Libro Blanco de Salud Mental Infanto-Juvenil* (pp. 32-37). Madrid Consejo General de la Psicología de España.
- Ezpeleta, L., de la Osa, M., Doménech, J.M., Navarro, J.B., y Losilla, J.M. (1995). Diagnostic Interview for Children and Adolescent-DICA-R: Acuerdo diagnóstico entre niños/adolescentes y sus padres. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22, 153-163.
- Farrell, L.J., y Barrett, P.M. (2007). Prevention of childhood emotional disorders: reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(2), 58-65. <http://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00430.x>
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M.A., y del Barrio, V. (2015). *SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación y Manual técnico*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ferdon, C.D., y Kaslow, N.J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 62-104. <http://doi.org/10.1080/15374410701817865>
- Figueras, A., Amador, J.A., y Guàrdia, J. (2008). Psychometric properties of the Reynolds Child Depression Scale in community and clinical samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 641-649.
- FIU. Center for Children and Families (2019). *Warning signs for suicide in youth [10 señales de peligro de suicidio en jóvenes]* Publicado el 13 de septiembre de 2019. [https://www.facebook.com/FIUCCF/?\\_\\_xts\\_\\_\[0\]=68](https://www.facebook.com/FIUCCF/?__xts__[0]=68).
- Flanagan, K.S., Vanden Hoek, K.K., Ranter, J.M., y Reich, H.A. (2012). The potential of forgiveness as a response for coping with negative peer experiences. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1215-1223. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.04.004>
- Fleming, J.E., y Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580. <http://doi.org/10.1097/00004583-199007000-00010>

- Fleming, T., Dixon, R., Frampton, C., y Merry, S.A. (2012). A pragmatic randomized controlled trial of computerized CBT (SPARX) for symptoms of depression among adolescents excluded from mainstream education. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(5), 529-541. <http://doi.org/10.1017/S1352465811000695>.
- Flook, L., Repetti, R.L., y Ullman, J.B. (2005). Classroom social experiences as predictors of academic performance. *Developmental Psychology*, 41, 319-327
- Foster, S., y Mohler-Kuo, M. (2018). Treating a broader range of depressed adolescents with combined therapy. *Journal of Affective Disorders*, 241, 417-424. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.027>
- Franchi, S. (2003). Estrategias cognitivas y conductuales. En H.J. Chapa (Ed.), *Distimia y otras depresiones crónicas. Tratamiento psicofarmacológico y cognitivosocial* (197-213). Madrid: Panamericana.
- Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Moreno, E., Venceslá, J.F., Sánchez-Raya, A., y Moriana, J.A. (2018, online). Psychological treatments for mental disorders in children and adolescents: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Child and Family Psychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0257-6>
- Gallegos, J., Linan-Thompson, S., Stark, K., y Ruvalcaba, N. (2013). Preventing childhood anxiety and depression: Testing the effectiveness of a school-based program in Mexico. *Psicología Educativa*, 19, 37-44.
- Garaigordobil, M. (2003a). *Intervención psicológica para desarrollar la personalidad infantil. Juego, conducta prosocial y creatividad*. Madrid: Pirámide. (Volumen 1).
- Garaigordobil, M. (2003b). *Programa Juego 8-10 años. Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 8 a 10 años*. Madrid: Pirámide. (Volumen 3).
- Garaigordobil, M. (2004). *Programa Juego 10-12 años. Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 10 a 12 años*. Madrid: Pirámide. (Volumen 4).
- Garaigordobil, M. (2005). *Programa Juego 6-8 años. Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 6 a 8 años*. Madrid: Pirámide. (Volumen 2).
- Garaigordobil, M. (2007). *Programa Juego 4-6 años. Juegos cooperativos y creativos para grupos de niños de 4 a 6 años*. Madrid: Pirámide. (Volumen 5).
- Garaigordobil, M. (2008). *Intervención psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil, M. (2018). La educación emocional en la infancia y la adolescencia. *Revista Participación Educativa*, 8, 107-127.
- Garaigordobil, M. (2021). Reseña del Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. José Ramón Fernández-Hermida y Susana Villamarin (Eds.). Madrid: Consejo General de la Psicología. INFOCOP 94. Julio-Septiembre 2021 pp. 53-54. El Consejo Informa (cop.es) <https://www.cop.es/infocop/infocopCOP.asp?numero=1201.n%C3%BAmero+94.+2021>
- Garaigordobil, M., Bernarás, E., Jaureguizar, J., y Machimbarrena, J.M. (2017). Childhood Depression: relation to adaptive, clinical and predictor variables. *Frontiers in Psychology*, 8:821. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00821>
- Garaigordobil, M., Bernarás, E., y Jauregizar, J. (2019). Evaluación de un programa universal de prevención de la depresión en niños y niñas de educación primaria. *Revista de Psicología y Educación / Journal of Psychology and Education*, 14(2), 87-98. <https://doi.org/10.23923/rpye2019.01.174>
- Garaigordobil, M., Jaureguizar, J., y Bernarás, E. (2019). Evaluation of the effects of a childhood depression prevention program. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 153(2), 127-140. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1502741>
- Garaigordobil, M., y Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(141), 37-64.
- Garaigordobil, M., y Maganto, C. (2012). *SPECI: Screening de problemas emocionales y de conducta infantil*. Madrid: TEA.
- Garber, J., Clarke, G. N., Robin Weersing, V., Beardslee, W. R., Brent, D. A., Gladstone, T. R. G., ... Iyengar, S. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 301(21), 2215-2224. <http://doi.org/10.1001/jama.2009.788>
- García, A. (2013). *Psicología Clínica Infantil*. Habana, Cuba: Félix Varela.
- García, B. (2001). *CAG. Cuestionario de Autoconcepto: Manual*. Madrid: EOS.

- García, M., De la Torre, M., Carpio, M., Cerezo, M.T., y Casanova, P.F. (2014). Consistencia/inconsistencia en los estilos educativos de padres y madres en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica / Journal of Psychodidactics*, 19(2), 307-325. <http://doi.org/10.1387/revpsicodidact.7219>
- García, J., y Palazón, P. (2010). *Afronta tu depresión con terapia interpersonal*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., y González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatría*, 38, 381-400. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200003>.
- Geng-Feng, N., Xiao-Jun, S., Yuan, T., Cui-Ying, F., y Zong-Kui, Z. (2016). Resilience moderates the relationship between ostracism and depression among Chinese adolescents. *Personality and Individual Differences*, 99, 77-80. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.059>
- Gili, M., Castellví, P., Vives, M., De La Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M.J., ... y Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: a metaanalysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 245, 152-162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
- Gillham, J.E., Hamilton, J., Freres, D.R., Patton, K., y 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. <http://doi.org/10.1007/s10802-005-9014-7>
- Gillham, J.E., Jaycox, L.H., Reivich, K.J., Seligman, M.E.P., y Silver, T. (1990). *The Penn Resiliency Program*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.
- Gillham, J.E., Reivich, K.J., Jaycox, L.H., y Seligman, M.E.P. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. *Psychological Science*, 6, 343-351. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1995.tb00524.x>
- Gijzen, M., Creemers, D., Rasing, S., Smit, F., y Engels, R. (2018). Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among Dutch adolescents: Design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18(124). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1710-2>
- Giménez-Dasí, M., Fernández, M., Daniel, M.F., y Arias, L. (2017). *Programa EMOCIONES. Pensando las emociones con atención plena. Programa de intervención para Educación Infantil*. Madrid: Pirámide.
- Giménez-Dasí, M., Quintanilla, L., y Arias, L. (2016). *Programa Emociones Programa EMOCIONES 6 a 11 años. Pensando las emociones con atención plena. Programa de intervención para Educación Primaria*. Madrid: Pirámide.
- Gómez, C. (2012). *Salud Familiar*. Habana, Cuba: Científico Técnica.
- González De Rivera, J.L., De Las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M.J., y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas (adaptación española del SCL-90R de L.R. Derogatis)*. Madrid: TEA
- González, J., Fernández, S., Pérez, E., y Santamaría, P. (2004). *BASC. Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes (adaptación española)*. Madrid: TEA ediciones.
- Guía de prevención del suicidio (2022). *Guía de prevención del suicidio. Actuaciones en Centros Educativos*. Consejería de Educación y Consejería de Salud. Murcia: Consejería de Educación. Secretaria General. Servicio de Publicaciones y Estadística.
- Greenberg, L., Elliot, R., y Pos, A. (2015). La teoría focalizada en las emociones: Una visión de conjunto. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 5, 1-19. <https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/octubre-f-greenberg.pdf>
- Greenberg, L.S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16. <http://dx.doi.org/10.1037/15971-000>
- Greenberg, M.T., Domitrovich, C., y Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4, 1-59. <http://dx.doi.org/10.1037/1522-3736.4.1.41a>
- Gresham, F.M., y Elliott, S.N. (2008). *Social Skills Improvement System Rating Scales manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Grietens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyne, E., Van Assche, V., Ghesquière, P., y Hellinckx, W. (2004). Comparison of mothers', fathers', and teachers' reports on problem behavior in 5- to 6-year-old children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 137-146. <http://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000013661.14995.59>
- GTGPC. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t N° 2007/09.

- Guillén, E., Gordillo, M.J., Ruiz, I., Gordillo, M.D., y Gordillo, T. (2013). ¿Depresión o evolución?: Revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 2(1), 499-506.
- Hames, J.L., Hagan, C.R., y Joiner, T.E. (2013). Interpersonal processes in depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 355-377. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185553>
- Harkness, K.L., Stewart, J.G., y Wynne-Edwards, K.E. (2011). Cortisol reactivity to social stress in adolescents: Role of depression severity and child maltreatment, *Psychoneuroendocrinology*, 36(2), 173-181. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.07.006>.
- Hayes, S.C. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment therapy*. NY: New Harbinger Publications.
- Hernández, A., Aguilar, C., Paradell, E., y Vallar, F. (2017). *Inventarios de Beck para niños y adolescentes -2 (BYI-2)*. Madrid: Pearson Educación.
- Herman, K.C., Lambert, S., Reinke, W.M., y Ialongo, N. (2008). Low academic competence in first grade as a risk factor for depressive cognitions and symptoms in middle school. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 400-410. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012654>
- Herman, K.C., Reinke, W.M., Parkin, J., Traylor, K.B., y Agarwal, G. (2009). Childhood depression: Rethinking the role of the school. *Psychology in the Schools*, 46, 433-446. <http://doi.org/10.1002/pits.20388>
- Higgins, E. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52(12), 1280-1300. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.52.12.1280>
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., Blagys, M.D., Baity, M.R., y Mooney, M.A. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 349-357. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NMD.0000071582.11781.67>
- Horowitz, J.L., Garber, J., Ciesla, J.A., Young, J.F., y Mufson, L. (2007). Prevention of depressive symptoms in adolescents: a randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 693. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.693>
- Huggins, L., Davis, M.C., Rooney, R.M., y Kane, R. T. (2008). Socially prescribed and self-orientated perfectionism as predictors of depressive diagnosis in preadolescents. *Australian Journal of Guidance & Counseling*, 18(2), 182-194. <http://dx.doi.org/10.1375/ajgc.18.2.182>
- Instituto Nacional de Estadística, I.N.E. (2021). *Estadísticas de suicidios por edad y sexo*. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=49948#!tabs-tabla>
- Iruela, L.M., Picazo, J., y Peláez, C. (2009). Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. *Informe Técnico del Sistema Nacional de Salud*, 33, 35-38.
- Jaureguizar, J., Bernarás, E., y Garaigordobil, M. (2017). Child Depression: Prevalence and Comparison between Self-Reports and Teacher Reports. *Spanish Journal of Psychology*, 20, E17, 1-10. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.14>
- Jaureguizar, J., Bernarás, E., Soroa, M., Sarasa, M., y Garaigordobil, M. (2015). Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23, 245-264.
- Jaureguizar, J., Garaigordobil, M., y Bernarás, E. (2018). Self-concept, social skills and resilience as moderators of the relationship between stress and childhood depression. *School Mental Health*, 10, 488-499. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.14>
- Jellinek, M., Evans, N., y Knight, R.B. (1979). Use of a behavior checklist on a pediatric inpatient unit. *Journal of Pediatrics*, 94(1), 156-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476\(79\)80386-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476(79)80386-8)
- Jonge Heesen K., Rasing, S., Vermulst A., Scholte R., van Etekeoven K, Engels R., y Creemers D. (2020). Randomized control trial testing the effectiveness of implemented depression prevention in high-risk adolescents. *BMC Medicine*, 18(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01656-0>
- Kanfer, F.H. (1970). Self-regulation: research, issues and speculations. En C. Neuringer y J.L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Katz, S.J., Conway, C.C., Hammen, C.L., Brennan, P.A., y Najman, J.M. (2011). Childhood social withdrawal, interpersonal impairment, and young adult depression: A mediational model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 1227-1238. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-011-9537-z>

- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., y Ryan, N. (1996). *The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Medical Center.
- Kleftaras G., y Didaskalou E. (2006). incidence and teachers' perceived causation of depression in primary school children in Greece. *School Psychology International*, 27, 296-314. <http://doi.org/10.1177/0143034306067284>
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., y Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Kochenderfer, B.J., y Ladd, G.W. (1996). Peer victimization: Cause or consequence of school maladjustment? *Child Development*, 67, 1305-1317. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01797.x>
- Kosterman, R., Hawkins, J.D., Mason, W.A., Herrenkohl, T.I., Lengua, L.J., y Mccauley, E. (2010). Assessment of behavior problems in childhood and adolescence as predictors of early adult depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 118-127. <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-009-9138-0>
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 995-998.
- Kovacs M. (1992). *The Children's Depression Inventory Manual*. New York: Multi-Health Systems, Inc.
- Kovacs, M. (2019). Enseñar a los niños y niñas a regular mejor las emociones puede evitar el inicio de la depresión en la infancia: Entrevista a María Kovacs. *InfocopOnline*, 17 de octubre de 2019. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=8343&cat=50](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8343&cat=50)
- Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S.L., Pollock, M., y Finkelstein R. (1984). Depressive disorders in childhood. II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry*, 41(7), 643-649. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790180013001>
- Kovacs, M., y López-Durán, N. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: Implications for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 472-496. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02230.x>
- Kovess-Masfety, V., Pilowsky, D.J., Goelitz, D., Kuijpers, R., Otten, R., Moro, M.F., ... Carta, M. G. (2015). Suicidal ideation and mental health disorders in young school children across Europe. *Journal of Affective Disorders*, 177, 28-35. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.008>
- Kowalenko, N., Rapee, R.M., Simmons, J., Wignall, A., Hoge, R., Whitefield, K., ... y Baillie, A.J. (2005). Short-term effectiveness of a school-based early intervention program for adolescent depression. *Clinical child psychology and psychiatry*, 10(4), 493-507. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104505056311>
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H., Smit, J., Spinhoven, P., van Balkom, A., ... Penninx, B. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 341-348. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.10m06176blu>
- Lang M., y Tisher M. (1978). *Children's Depression Scale*. Camberwell, Victoria, Australia: Australian Council for Educational Research.
- Lang, M., y Tisher M. (2004). *Children's Depression Scale, third research edition*. Camberbell, Victoria, Australia: Australian Council for Educational Research. (actualización de Lang M. y Tisher M. (1983). *Children's Depression Scale*).
- Leblanc, J.C., Almudevar, A., y Brooks, S.J. (2002). Screening for adolescent depression: Comparison of the Kutcher Adolescent Scale with the Beck Depression Inventory. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 113-26. <http://dx.doi.org/10.1089/104454602760219153>
- Lemos, S., Fidalgo, A.M., Calvo, P., y Menéndez, P. (1992). Estructura factorial de la prueba YSR y su utilidad en psicopatología infanto-juvenil. *Análisis y Modificación de Conducta*, 3(2), 183-194.
- Lock, S., y Barrett, P.M. (2003). A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behaviour Change*, 20(4), 183-199. <http://dx.doi.org/10.1375/bech.20.4.183.29383>
- Lowry-Webster, H., Barrett, P.M., y Dadds, M.R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change*, 18, 36-50. <http://dx.doi.org/10.1375/bech.18.1.36>
- Lozano, L., García-Cueto, E., y Lozano, L.M. (2007). *Cuestionario Educativo Clínico de Ansiedad y Depresión*. Madrid: TEA Ediciones.
- Luyten, P., y Blatt, S.J. (2012). Psychodynamic treatment of depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 35, 111. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2012.01.001>

- Martell, C.R., Dimidjian, S., y Herman-Dunn, R. (2013). *Behavioral activation for depression. A clinician's guide*. New York: Guilford.
- McCabe, M., Ricciardelli, L., y Banfield, S. (2011). Depressive symptoms and psychosocial functioning in preadolescent children. *Depression Research and Treatment*, 1-7 (ID 548034). <http://doi.org/10.1155/2011/548034>
- McCarthy, A.E., Young, J.F., Benas, J.S., y Gallop, R.J. (2018). School-Related Outcomes From a Randomized Controlled Trial of Adolescent Depression Prevention Programs. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 26, 170-181. <http://dx.doi.org/10.1177/1063426617717739>
- McConaughy, S.H., y Achenbach, T.M. (1994). *Manual for the Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- McCullough, J.P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford.
- McCullough, J.P. (2003). Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 833-846. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10176>
- Méndez, F.X. (1998). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X., Llavona, L.M., Espada, J.P., y Orgilés, M. (2013). *Programa FORTIUS. Fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales*. Madrid: Pirámide.
- Merry, S. Mc Dowell, H., Wild, C.J., Bir, J. Cunliffe, R. (2004). A Randomized Placebo-Controlled Trial of a School-Based Depression Prevention Program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(5), 538-547. <https://doi.org/10.1097/00004583-200405000-00007>.
- Mestre, M.V., Tur, A., Samper, P., y Malonda, E. (2012). *Programa de educación de las emociones: la con-vivencia*. Tirant lo Blanch: Valencia.
- Montoya, I., Postigo, S., y González-Barrón, R. (2016). *Programa PREDEMA. Programa de educación emocional para adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Morales, C., García, M.,  lvarez, C., Gerv s, M., Pardo, R., Pérez, O., de la Torre, M., y Santacreu, M. (2015). *Guía de intervención clínica infantil*. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid. Madrid: UAM.
- Moriana, J.A., Gálvez-Lara, M., y Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review*, 54, 29-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>.
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18. [https://revistapcna.com/sites/default/files/mosquera\\_2016\\_revisi n\\_critica\\_conducta\\_suicida.pdf](https://revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revisi n_critica_conducta_suicida.pdf)
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002> <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/cl2017v28n1a4.pdf>
- Nestor, B., Sutherland, S., Kouros, C.D., Brunwasser, S.M. Hollon, S.D., Weersing, V.R., Gladstone, T., Clarke, G., Beardslee, W., Brent, D., y Garber, J. (2020). Effects of an Adolescent Depression Prevention Program on Maternal Criticisms and Positive Remarks. *Journal of Family Psychology*, 34(8), 927-937. <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000779>
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., y D'Zurilla, T.J. (2013). *Problem-solving therapy. A treatment manual*. New York: Springer Publishing Company.
- Orenes, A.M. (2015). *Evaluación de la ansiedad por separación y prevención escolar de las dificultades emocionales*. Tesis Doctoral. Murcia University.
-  reng l, A.C., Ucuz, I., Oner Battaloglu, N., Ozek, G., y Gormez, V. (2019). Prevalence of psychiatric disorders and suicidality among children and adolescents with thalassemia major—A Turkish sample. *Children's Health Care*, 48(1), 120-129. <https://doi.org/10.1080/02739615.2018.1500290>
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Melero, S., Morales, A., y Espada, J.P. (2018). Niños españoles con sintomatología depresiva: un estudio de sus quejas somáticas. *Suma Psicológica UST*, 15(2), 106-112. <http://dx.doi.org/10.18774/0719-448x.2018.15.347>

- Orgilés, M., Gómez, M., Piqueras, J.A., y Espada, J. P. (2014). Relations between school performance and depressive symptoms in Spanish children. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(2), 447-460.
- Orth, U., Robins, R.W., y Roberts, B.W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 695-708. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.695>.
- Pérez de Albéniz, A., Gómez, A., Fonseca, E., y Lucas, B. (2020). *Prevención de la conducta suicida en el ámbito educativo*. Nº 42. Abril-Junio. Madrid: FOCAD.
- Perls, F., Hefferline, R.F., y Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. NY: Dell.
- Piqueras, J.A., Soto-Sanz, V., Rodríguez-Marín, J., y García-Oliva, C. (2019). What is the role of internalizing and externalizing symptoms in adolescent suicide behaviors? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2511. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16142511>
- Plieger, T., Melchers, M., Montag, C., Meermann, R., y Reuter, M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Burnout Research*, 2(1), 19-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2015.03.001>.
- Polaino-Lorente, A., y Domènech, E. (1993). Prevalence of childhood depression: Results of the first study in Spain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1007-1017. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1993.tb01104.x>
- Poole, J.C., Dobson, K.S., y Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child Abuse & Neglect*, 64, 89-100. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.012>.
- Powell, A.K., Ocean, S.E., y Stanick, C.F. (2017). Depressive disorders. En S. Goldstein y M. DeVries (Eds.), *Handbook of DSM-5 disorders in children and adolescents* (pp. 151-172). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Poznanski, E.O., Cook, S.C., y Carroll, B.J. (1979). A depression rating scale for children. *Pediatrics*, 64(4), 442-450. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61078-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61078-5)
- Prince-Embury, S. (2008). *Resiliency Scales for Children & Adolescents (RSCA)*. San Antonio, TX: Pearson.
- Puura, K., Tamminen, T., Almgvist, F., Kresanov, K., Kumpulainen, K., Koivisto, A. M., y Moilanen, I. (1997). Should depression in young-children be diagnosed with different criteria? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 12-19. <http://doi.org/10.1007/BF00573635>
- Qualter, P., Brown, S. L., Munn, P., y Rotenberg, K. J. (2010). Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: An 8-year longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 493-501. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-009-0059-y>
- Quayle, D., Dzurawiec, S., Roberts, C., Kane, R., y Ebsworthy, G. (2001). The effect of an optimism and lifeskills program on depressive symptoms in preadolescence. *Behaviour Change*, 18, 194-203. <http://dx.doi.org/10.1375/bech.18.4.194>
- Reich, W., Shayka, J.J., y Taibleson, Ch. (1991). *Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescence-DICA-R*. Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry.
- Reinfjell, T., Kårstad, S.B., Berg-Nielsen, T., Luby, J.L., y Wichstrøm, L. (2016). Predictors of change in depressive symptoms from preschool to first grade. *Development and Psychopathology*, 28, 1517-1530. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579415001170>
- Reynolds, W.M. (1987). *Reynolds Adolescent Depression Scale. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, W.M. (1989). *Reynolds Child Depression Scale. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Reynolds, C.R., y Kamphaus, R.W. (1992). *Behavior assessment system for children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
- Richards, D., Richardson, T., Timulak, L., Viganó, N., Mooney, J., Doherty, G., Hayes, C., y Sharry, J. (2016). Predictors of depression severity in a treatment-seeking sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 221-229. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.02.001>
- Roberts, C.M., Mazzucchelli, T., Taylor, K., y Reid, R. (2003). Early intervention for children with challenging behavior and developmental disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 50, 275-292. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.622>

- Rodríguez-Fernandez, A., Droguett, L., y Revuelta L. (2012). School and personal adjustment in adolescence: the role of academic self-concept and perceived social support. *Revista de Psicodidáctica*, 17(2), 397-414. <http://dx.doi.org/10.1387/Rev.Psicodidact.3002>
- Rogers, C.R. (1961). *On Becoming a person: A psychotherapists view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rooney, R., Hassan, S., Kane, R., Roberts, C.M., y Nesa, M. (2013). Reducing depression in 9-10 year old children in low SES schools: A longitudinal universal randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 845-854. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.005>
- Rooney, R., Pike, L., y Roberts, C. (2000). *The positive thinking program: Prevention manual* (Unpublished manuscript). Curtin University of Technology, Australia.
- Rooney, R., Roberts, C., Kane, R., Pike, L., Winsor, A., White, J. et al. (2006). The prevention of depression in 8- to 9-year-old children: a pilot study. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 16(1), 76-90. <http://dx.doi.org/10.1375/ajgc.16.1.76>
- Rubio-Stipec, M., Bird, H., Canino, G., y Gould, M. (1990). The internal consistency and concurrent validity of a Spanish translation of the child behavior checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(4), 393-406. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00917642>
- Ružić, V., y Matešić, K. (2015). BYI-II—Beckovi inventari za mlade—Drugo izdanje za djecu i adolescente—Provjera valjanosti instrumenta u Republici Hrvatskoj. [BYI-II—Beck youth inventories for children and adolescents, 2<sup>nd</sup> Edition—Examination of the validity of the instrument in the Republic of Croatia]. *Klinička Psihologija*, 8(1), 49–62.
- SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). Treatment for suicidal ideation, self-harm, and suicide attempts among youths. <http://www.infocoponline.es/pdf/SAMSHA%20suicide.pdf>
- Sánchez, R., Cáceres, H., y Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: Prevalencia y factores asociados. *Biomédica Journal*, 22, 407–406 <https://doi.org/10.7705/biomedica.v22iSup2.1189>.
- Sánchez, D., Muela, J.A., y García, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 277–290.
- Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. A. (2014). Protective factors promoting resilience to suicide in young people and adolescents. *Papeles del Psicólogo*, 35(2), 181-192. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2438.pdf>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., y Chorpita, B.F. (2010). Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 165-178.
- Sandín, B., Valiente, R.M., y Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 193-206.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicoterapia*, 10(2), 303-318.
- Seisdedos, N. (2003). *Cuestionario de Depresión para Niños. Manual*. (7<sup>a</sup> ed. Adaptación española del CDS). Madrid: TEA.
- Sellers, C.M., McRoy, R.G., y O'Brien, K.H.M. (2019). Substance use and suicidal ideation among child welfare involved adolescents: A longitudinal examination. *Addictive Behaviors*, 93, 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.adbeh.2019.01.021>
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas C, Dulcan, M.K, y Schwab-Stone, M. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children, Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 28-38. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200001000-00014>
- Sheffield, J.K., Spence, S.H., Rapee, R.M., Kowalenko, N., Wignall, A., Davis, A., y McLoone, J. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 66. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.66>
- Shochet, I.M., Dadds, M.R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P.H., y Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 303-315. [http://dx.doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003\\_3](http://dx.doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_3)
- Siabato, E., y Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(1), 71-81.
- Sica, C., Chiri, L.R. Favilli, R., y Marchetti, I. (2016). *Q-PAD. Cuestionario de evaluación de problemas en adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.

- Slaninova, S., y Stainerovab, M. (2015). Trauma as a Component of the Self-concept of Undergraduates, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 465-471. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.148>.
- Spence, S.H., Sheffield, J.K., y Donovan, C.L. (2003). Preventing adolescent depression: an evaluation of the problem solving for life program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 3-13. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.3>
- Soler, J., Pérez-Sola, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, J., Figueres, M., y Álvarez, E. (1997). Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines*, 25, 243-94.
- Soto-Sanz, V., Castellví, P., Piqueras, J.A., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jiménez, T., Miranda-Mendizábal, A., ... y Cebria, A. (2019a). Internalizing and externalizing symptoms and suicidal behaviour in young people: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(1), 5-19. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.13036>
- Soto-Sanz, V., Ivorra-González, D., Alonso, J., Castellvi, P., Rodriguez-Marín, J., y, Piqueras, J.A. (2019b). Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 62-75. <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/1919.1.1.pdf>
- Spence, S.H., Sheffield, J.K., y Donovan, C.L. (2005). Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 160-167. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.160>
- Spielberger, Ch.D. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. Madrid: TEA Ediciones (adaptación Gualberto Buela Casal y Diana Agudelo)
- Sternberg, K.J., Lamb, M.E., Guterman, E., y Abbott, C.B. (2006). Effects of early and later family violence on children's behaviour problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse & Neglect*, 30, 283-306. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.10.008>
- Stockings, E.A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y.Y., Erskine, H.E., Whiteford, H.A., y Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: A review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46, 11-26. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291715001725>
- Suárez, C.O., Mercerón, Y., Del Toro, M., Verdecia y Rojas, R.M. (2019). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes cubanos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12(1), 19-30. <https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/rip.12102>
- Tisher, M. (1995). Teachers' assessments of prepubertal childhood depression. *Australian Journal of Psychology*, 47, 93-96. <http://doi.org/10.1080/00049539508257506>
- Tompson, M.C., Langer, D.A., Hughes, J.L., y Asarnow, J.R. (2016). Family-focused treatment for childhood depression: Model and case illustrations. *Cognitive and behavioral practice*. Available online 29 June 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.06.003>
- Tompson, M.C., Sugar, C.A., Langer, D.A, y Asarnow, J.R. (2017). A randomized clinical trial comparing family-focused treatment and individual supportive therapy for depression in childhood and early adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, In press. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.018>
- Trianes, M.V., Blanca, M.J., Fernández-Baena, F.J., Escobar, M., y Maldonado, E.F. (2011). *IECI. Inventario de estrés cotidiano infantil*. Madrid: TEA.
- Vallés, A. (2007). *Programa PIECE. Programa de inteligencia emocional para la convivencia escolar*. Madrid: EOS.
- Vega, R. (2008). *El trabajo con los padres de niños con alteraciones*. Habana, Cuba: Félix Varela.
- Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Atehortúa, L. F., Martínez, P. H., Trujillo, C., y Quiceno, J. M. (2006). Prevalencia de la depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del Child depression inventory CDI. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 2, 217-227. <http://doi.org/10.15332/s1794-9998.2006.0002.03>
- Vitiello, B., y Ordoñez, A.E. (2016). Pharmacological treatment of children and adolescents with depression. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 17, 2273-2279. <http://dx.doi.org/10.1080/14656566.2016.1244530>
- Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Arija, V., y Canals, J. (2019). Suicidality in a Community Sample of Early Adolescents: A Three-Phase Follow-Up Study. *Archives of Suicide Research*, 24, sup2, S217-S235. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1588816>

- Wang, L., Feng, Z., Yang, G., Yang, Y., Wang, K., Dai, O.,... Xia, F. (2016). Depressive symptoms among children and adolescents in western China: An epidemiological survey of prevalence and correlates. *Psychiatry Research*, 246, 267-274. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.050>
- Weersing, V.R., Jeffreys, M., Do, M.-C. T., Schwartz, K.T.G., y Bolano, C. (2017). Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46, 11-43. <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2016.1220310>
- Weissman, M.M., Orvaschel, H., y Padian, N. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales: Comparison of mothers' and children's reports. *Journal of Nervous Mental Disorders* 168, 736-740. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-198012000-00005>
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A.L., Newby, J.M., y Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>
- Whalen, D.J., Luby, J.L., Tilman, R., Mike, A., Barch, D., y Belden, A.C. (2016). Latent class profiles of depressive symptoms from early to middle childhood: Predictors, outcomes, and gender effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 794-804. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12518>
- WHO. World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*. Geneva: WHO.
- WHO. World Health Organization (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra, Suiza: Author.
- WHO. World Health Organization (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE) [Suicide prevention (SUPRE)]*. Ginebra, Suiza: Author. Descargado desde: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)
- WHO. World Health Organization (2014). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. [https://apps.who.int/adolescent/seconddecade/files/1612\\_MNCAH\\_HWA\\_Executive\\_Summary.pdf](https://apps.who.int/adolescent/seconddecade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf)
- WHO. World Health Organization (2015). *The Depression*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- WHO. World Health Organization (2016a). *Depression*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- WHO. World Health Organization (2016b). *Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return Joint press release issued by the WHO and the World Bank*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/en/>
- WHO. World Health Organization (2017a). *World Health Day 2017 | April 7<sup>th</sup>. "Depression: let's talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health*. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/detail/30-03-2017---depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
- WHO. World Health Organization (2017b). *Depression. Fact sheet*. Descargado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- WHO. World Health Organization (2018). *Depression*. Recuperado de <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/depression>
- WHO. World Health Organization (2019a). *Suicide: one person dies every 40 seconds*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
- WHO. World Health Organization (2019b). *Suicide prevention*. Recuperado de <https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=overview>
- WHO. World Health Organization (2019c). *World Mental Health Day 2019: focus on suicide prevention. Every 40 seconds, someone loses their life to suicide*. Recuperado de: <https://www.stress.org.uk/wmhd2019/>
- WHO. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2018). Situation of child and adolescent health in Europe. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342237>
- WHO (2020). Helping adolescents thrive. Guidelines on promotive and preventive mental health interventions for adolescents. Geneva: World Health Organization <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/1-0665/336864/9789240011854-eng.pdf>.
- WHO World Health Organization. (2021a). Live Life: An implementation guide for suicide prevention in countries. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726>

- WHO (2021b). Menu of cost-effective interventions for mental health. Geneva: World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031081>
- Wu, Y.L., Zhao, X., Li, Y.F., Ding, X.X., Yang, H.Y., Bi, P., y Sun, Y. H. (2016). The risk and protective factors in the development of childhood social anxiety symptoms among Chinese children. *Psychiatry Research*, 240, 103-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.046>
- Yang, L., Zhou, X., Zhou, CH., Zhang, Y., Pu, J., Liu, L., Gong, X., & Xie, P. (2017). Efficacy and acceptability of cognitive behavioral therapy for depression in children: A systematic review and meta-analysis. *Academic Pediatrics*, 17(1), 9-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.002>
- Young, J.F., Jones, J.D., Sbrilli, M.D., Benas, J.S., Spiro, C.N., Haimm, C.A., Gallop, R., Mufson, L., y Gillham, J.E. (2019). Long-term effects from a school-based trial comparing Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training to group counseling. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 48(Suppl 1), S362-S370.
- Young, J.F., y Mufson, L. (2003). *Manual for interpersonal psychotherapy-adolescent skills training (IPT-AST)*. New York: Columbia University.
- Young, J.F., Mufson, L., y Gallop, R. (2010). Preventing depression: A randomized trial of interpersonal psychotherapy adolescent skills training. *Depression and Anxiety*, 27(5), 426-433. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20664>
- Zhang, H.Y, Mao, Y., Feng, X.L., Zheng, N., Lü, L-B., Ma, Y-Y., Qin, D-D., y Hu, X-T. (2016). Early adversity contributes to chronic stress induced depression-like behavior in adolescent male rhesus monkeys. *Behavioural Brain Research*, 306, 2016, 54-159. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbr.2016.03.040>.

# Ficha 1.

## “Pozik Bizi (Vivir Feliz)”: Programa para la mejora de las emociones y los síntomas depresivos en niños y niñas de 8 a 10 años

### OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA

El programa “Pozik Bizi (Vivir Feliz)” (Bernarás, Jaureguizar y Garaigordobil, 2019, 2020) de enfoque cognitivo-conductual está dirigido a niños de segundo ciclo de Educación Primaria (8-10 años), y pretende que los niños aprendan a responder de forma adecuada a los problemas emocionales y aumenten la confianza en sí mismos. El programa tiene tres grandes objetivos, que a su vez incluyen varios objetivos específicos:

1. *Mejorar las relaciones entre los miembros del grupo y reducir el estrés social*: mejorar el conocimiento de uno mismo y el conocimiento de los miembros del grupo; potenciar la escucha y la empatía entre los miembros del grupo; aprender a ayudarse mutuamente en las tareas comunes; estimular el respeto mutuo; y analizar y resolver los conflictos que surgen en el grupo, y entre los distintos compañeros.
2. *Identificar, entender y regular las emociones y pensamientos negativos y potenciar el pensamiento positivo*: discriminar pensamientos positivos y negativos personales y las expresadas por otros; aprender a regular las emociones; aprender a diferenciar los comportamientos adecuados e inadecuados en uno mismo y en los demás; identificar conductas relacionadas con la depresión: tristeza, irritabilidad, pérdida de interés por situaciones placenteras (jugar, leer...), síntomas físicos (dolores), pérdida de peso, cansancio, problemas de concentración...; y examinar las situaciones que pueden aumentar el riesgo de depresión: problemas con los amigos, problemas escolares, depresión de uno o los dos padres, haber sufrido traumas físicos o psicológicos...
3. *Desarrollar las habilidades del alumnado, disminuir los sentimientos de ansiedad e incapacidad para aumentar la autoestima y la confianza en uno mismo*: discriminar y analizar las situaciones de ansiedad propias y ajenas y las consecuencias de las mismas; aprender a desarrollar habilidades de relajación para controlar la ansiedad y el estrés; identificar las situaciones que aumentan y disminuyen la autoestima; analizar el pensamiento relacionado con la alta y baja autoestima y proporcionar estrategias para afrontar los pensamientos negativos; identificar y aprender a controlar aquellas situaciones en las que no nos sentimos capaces; reconocer los pensamientos que aparecen cuando nos sentimos incapaces; analizar las consecuencias de los pensamientos y situaciones en las que nos sentimos incapaces; y reflexionar sobre las situaciones que mejoran la auto-confianza, o nos hacen tener más o menos confianza.

### CARACTERÍSTICAS Y CONFIGURACIÓN DEL PROGRAMA

El programa de prevención, diseñado para su aplicación con grupos de niños de 8 a 10 años, puede ser implementado por un profesor (psicólogo, orientador...) del centro. Este programa se realiza en 18 sesiones y se organiza en torno a 3 ejes o módulos en función de los objetivos principales:

1. *Módulo 1: Mejorar las relaciones entre los miembros del grupo y reducir el estrés social* (sesiones 1-6). En este módulo se pretende que el alumnado se conozca mejor a sí mismo y a sus compañeros; se fomente la ayuda y el respeto mutuo; y que aprenda a analizar y a resolver los conflictos que surgen entre compañeros.
2. *Módulo 2: Identificar, entender y regular las emociones y pensamientos negativos y fortalecer los positivos* (sesiones 7-12). Este módulo va dirigido a que el alumnado aprenda a discriminar el pensamiento positivo y negativo, a que autorregule sus emociones, y a que identifique conductas y pensamientos relacionados con la sintomatología depresiva.

3. **Módulo 3: Desarrollar habilidades en el alumnado para disminuir los sentimientos de incapacidad y ansiedad, y aumentar la autoestima y la confianza en uno mismo** (sesiones 13-18). En este módulo se pretende trabajar con el alumnado las variables más relacionadas con la aparición de la sintomatología depresiva, como son la ansiedad, el estrés social, el sentido de incapacidad y la auto-confianza.

Las actividades del programa se muestran en la Tabla 5, y a modo de ejemplo se describen algunas actividades de esta intervención. Las actividades se describen en formato de fichas técnicas que contienen los siguientes campos informativos: (1) **Objetivos:** Se señalan los objetivos específicos que se trabajan con la actividad; (2) **Descripción de la actividad:** se detallan las explicaciones que el adulto aporta al grupo para el desarrollo de la actividad, así como las fases de implementación y el procedimiento a seguir; (3) **Discusión/reflexión:** Se plantean preguntas sobre el desarrollo de la actividad para fomentar el debate; (4) **Materiales:** Se describen los materiales necesarios para llevar a cabo la actividad. Si para la realización de la actividad se han utilizado materiales recogidos de internet, se aporta el link o el enlace para su descarga; (5) **Tiempo:** Se indica el tiempo aproximado para la realización de la actividad; (6) **Organización del grupo:** Se muestra el tipo de agrupación necesario para la realización de la actividad; y (7) **Fuente:** Se indica la fuente donde se han obtenido los materiales o si son de elaboración propia.

**Actividad: El mejor día, el peor día.** Se formarán, al azar, grupos de cuatro y se pedirá a los estudiantes que cumplimenten una ficha de forma individual. En ella, deberán describir el peor día de su vida, explicando qué les pasó y qué sintieron. A continuación, harán lo mismo, pero con el mejor de día de su vida, contando también qué pasó y cómo se sintieron. A continuación, contestarán a las siguientes preguntas en grupos pequeños: ¿Tienen algo en común nuestros mejores días? Por ejemplo, ¿están relacionados con la familia o nuestras amistades? ¿Y nuestros peores días? ¿Nos sentimos igual cuando tenemos un buen día o cuando tenemos un mal día? A continuación, cada grupo elegirá su portavoz. Cada portavoz transmitirá al grupo grande los resultados de la discusión en su grupo. Al final de la reflexión grupal, el adulto dará la siguiente explicación: En nuestra vida hemos tenido días buenos y días malos, son parte de nuestra vida, y siempre aprendemos algo de estas experiencias. Además, lo que para algunos es un día malo, para otros puede no tener importancia, pero siempre hay que respetar los sentimientos de los demás. Por ejemplo, si se ha muerto el perro de un amigo, igual alguien que no ha tenido perros no entiende que se esté triste por este motivo, ya que no sabe cuánto se le quiere. Por eso, tenemos que aprender a escuchar y respetar lo que dicen las demás personas.

**Actividad Emociones II.** Primero se reparte la ficha en la que aparecen varias emociones (miedo, tristeza, ira, asco, sorpresa, felicidad...) y en gran grupo analizan qué se siente ante esas emociones, cuando las sentimos y cuál es su función y lo escriben en una ficha. Por ejemplo: Miedo es lo que sentimos cuando estamos ante una situación peligrosa que puede ser real o imaginada, y puede ser adecuado cuando nos ayuda a alejarnos de los peligros. Después, se forman 4 grupos y cada grupo recibe una emoción y deben representar una situación en la que hayan sentido esa emoción y expresarán también el tipo de respuesta que darían para controlarla. Al final se realiza una reflexión sobre las emociones representadas, su función, y la forma de afrontarlas positivamente. Por ejemplo, el adulto plantea: "Tener un poco de miedo es bueno, pero el miedo excesivo puede afectar a nuestra vida cotidiana. Por ejemplo, hay personas que no usan el ascensor porque les da miedo, y por eso suben andando. Ese miedo a veces les crea problemas en su vida. ¿Qué podemos hacer para no sentir tanto miedo? Otro ejemplo: "Estar triste de vez en cuando es normal, bien porque se ha muerto alguien que queremos, porque nos vamos a separar de nuestros padres.... Lo que no es normal, es estar tristes todos los días. Si tenemos malos pensamientos es muy probable que nos pongamos tristes. ¿Qué podemos hacer para alejar esos pensamientos negativos y man-

TABLA 5 MÓDULOS E ÍNDICE DE LAS ACTIVIDADES/SESIONES DEL PROGRAMA	
MÓDULOS	ACTIVIDADES / SESIONES
<b>Módulo 1</b> <b>Relaciones Grupales y Estrés Social</b>	1. Mi personalidad y mis aficiones. 2. El mejor día, el peor día. 3. ¡Esto sí que es un buen negocio! 4. Respeto y conflicto. 5. Resolviendo conflictos. 6. Consecuencias de la falta de respeto.
<b>Módulo 2</b> <b>Identificación y Regulación de las Emociones y de los Pensamientos Negativos</b>	7. Diferenciando pensamientos positivos y negativos. 8. Emociones I. 9. Emociones II. 10. Comportamientos adecuados e inadecuados. 11. ¿Estoy triste? 12. ¿Por qué estoy triste?
<b>Módulo 3</b> <b>Desarrollo de Habilidades de Afrontamiento</b>	13. ¿Estoy nervioso? Aprendiendo a relajarse. 14. ¿Cómo nos valoramos? 15. ¡Fuera los malos pensamientos! 16. ¡Puedo! 17. ¿Lobo o cordero? ¡Ni lo uno ni lo otro! 18. Entrega de diplomas

tenerlos bajo control? El profesor irá apuntando en la pizarra las respuestas “para mantener el control” sobre las emociones negativas, que deberían plantearse en esta línea: pensar en otra cosa, hablar con nuestros amigos, ver la televisión, pensar en cosas positivas”... Después se forman equipos, cada equipo recibe una emoción y deben representar una situación en la que hayan sentido esa emoción y una respuesta para afrontarla. Al final se realiza una reflexión sobre las emociones representadas y la forma de afrontarlas positivamente.

### PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA

El programa consiste en aplicar 18 sesiones de una hora de duración. Las sesiones tienen una estructura similar. Primero se exponen los objetivos de la sesión, se describe la actividad a realizar y después de realizar la actividad se reflexiona o discute en torno a la actividad realizada y las consecuencias de la misma (tanto para uno mismo, como para con los demás). Las sesiones se realizan semanalmente con el grupo escolar, en horario de tutoría y las lleva a cabo el profesor o profesora del grupo. Las técnicas utilizadas en el programa son variadas: (1) ejercicios de reflexión individual y grupal para una posterior puesta en común (para promocionar la empatía, autoestima, autoconfianza...); (2) escenificaciones, representaciones...; (3) a partir de imágenes proporcionadas por el profesorado inventar historias (p.e., historia de un conflicto entre dos niños), dar pautas o estrategias para llegar a resolverlo...; (4) lectura de pequeños relatos con moraleja (responden a preguntas en torno a la lectura realizada); (5) explicaciones del profesorado que dan pie para la identificación, reflexión o profundización de determinados conceptos (respeto, pensamientos negativos o positivos y las consecuencias de los mismos, emociones, miedo o ansiedad); (6) ejercicios de relajación...

### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Para evaluar los efectos del programa de prevención, se administraron 8 instrumentos de evaluación con garantías psicométricas de fiabilidad y validez, con los que se midieron las variables objeto de estudio antes y después de la implementación del programa (ver Tabla 6).

**TABLA 6**  
**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y VARIABLES EVALUADAS**

<b>Instrumentos de evaluación</b>	<b>VARIABLES ANALIZADAS</b>
CDS. Cuestionario de Depresión para niños (Lang y Tisher, 1983, 2004; adaptación Seisdedos, 2003)	<i>Síntomas Depresivos</i> (respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte, sentimientos de culpa, depresivos varios). <i>Conductas Positivas opuestas a la depresión</i> (ánimo-alegría, positivos varios).
CDS-T. Cuestionario de Depresión para profesores (Tisher, 1995)	<i>Síntomas Depresivos</i> . <i>Conductas Positivas opuestas a la depresión</i> .
BASC-S2. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (Reynolds y Kamphaus, 1992; adaptación González et al., 2004)	<i>Escala Clínica</i> (actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa hacia los profesores, atipicidad, locus de control, estrés social, ansiedad, depresión, sentido de incapacidad). <i>Escala Adaptativa</i> (relaciones interpersonales, relaciones con los padres, autoestima, confianza en sí mismo). <i>Índice Global</i> (desajuste clínico, desajuste escolar, ajuste personal, índice de síntomas emocionales).
SPECI. Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil (profesorado) (Garaigordobil y Maganto 2012)	<i>Problemas Internalizantes</i> (retraimiento, somatización, ansiedad, infantil-dependiente, problemas de pensamiento, depresión). <i>Problemas Externalizantes</i> (atención-hiperactividad, conducta perturbadora, rendimiento académico, conducta violenta). <i>Problemas emocionales y de conducta (global)</i> .
CAG. Cuestionario de Autoconcepto (García, 2001)	<i>Autoconcepto Global</i> (físico, social, intelectual, familiar, personal, sensación de control).
SSIS. Social Skills Improvement System (Sistema de Mejora de Habilidades Sociales) (Gresham y Elliot, 2008)	<i>Habilidades Sociales</i> (comunicación, cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía, implicación/participación, auto-control). <i>Comportamientos Problemáticos</i> (externalizantes, bullying, inatención-hiperactividad, internalizantes).
RSCA. The Resiliency Scales for children and adolescents (Escala de Resiliencia) (Prince-Embury, 2008)	<i>Sentido de competencia</i> (optimismo, auto-eficacia, adaptabilidad). <i>Sentido de afiliación</i> (confianza, apoyo, confort, tolerancia). <i>Reactividad emocional</i> (sensibilidad, recuperación, alteración).
IECI. Inventario de estrés cotidiano infantil. (Trianes et al., 2011)	<i>Estrés general</i> (problemas de salud y psicosomáticos, estrés en el ámbito escolar, estrés en entorno familiar).

## VALIDACIÓN DEL PROGRAMA: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

El trabajo tuvo como objetivos: (1) diseñar un programa para prevenir la sintomatología depresiva; (2) implementarlo en varios grupos de niños de 8 a 10 años, durante 18 sesiones de intervención; y (3) evaluar experimentalmente sus efectos en diversas variables, tales como depresión, desajuste escolar, desajuste clínico, ajuste personal, problemas emocionales y de conducta, autoconcepto, habilidades sociales, resiliencia y estrés.

Se utilizó una muestra de 481 participantes de 7 a 10 años (52,4% niños y 47,6% niñas). Los participantes fueron seleccionados de las escuelas de la Comunidad Autónoma del País Vasco, 59,5% de centros públicos y 40,5% de centros privados/concertados, 52,4% estudiaban tercero y 47,6% cuarto curso de Educación Primaria.

Este estudio empleó un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas pretest-postest con grupos de control. Al inicio de curso escolar, se realizó la evaluación pretest. Para medir las variables objeto de estudio se administraron 8 instrumentos antes y después de aplicar el programa, es decir, en la fase pretest y postest (ver Tabla 6). Se asignó aleatoriamente a los grupos a la condición experimental y control. Para la validación del programa se realizaron dos estudios. En el primero se comparó el grupo experimental (n=218), es decir, los que recibieron el Programa “Pozik Bizi (Vivir Feliz)” consistente en 18 sesiones de intervención, con el grupo de control 1 (realizaban actividades de juego-aprendizaje cooperativo) (n=202). En el segundo estudio se comparó los que recibieron el Programa “Pozik Bizi (Vivir Feliz)” con el grupo de control 2 (neutro, realizaban las tutorías habituales del centro, y no realizaban actividades de desarrollo socio-emocional o de prevención de la depresión) (n=61). Al finalizar el curso, en la fase postest se administraron los mismos instrumentos pretest. Complementariamente, a los experimentales se les realizó una evaluación de seguimiento 6 meses después de finalizar el programa.

Con la finalidad de evaluar el cambio en las variables objeto de estudio se realizaron análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas), análisis de varianza multivariados (MANOVA) y univariados (ANOVA), en la fase pretest, postest y con la diferencia pretest-postest entre los experimentales y control. También se realizaron análisis de covarianza pretest-postest, covariando las diferencias existentes a priori entre ambas condiciones (ANCOVA y MANCOVA).

En la presentación de los resultados, primero se muestran los cambios significativos intragrupo, es decir, el cambio significativo en el grupo experimental entre el pretest, el postest y el seguimiento; en segundo lugar se compara el cambio pretest-postest entre el grupo experimental y el de control 1 (juego-aprendizaje cooperativo); y en tercer lugar se presentan los resultados de la comparación pretest-postest del grupo experimental y del control 2 (neutro) (Garaigordobil, Bernarás y Jaureguizar, 2019, Garaigordobil, Jaureguizar y Bernarás, 2019).

- ✓ **Cambio intragrupo experimentales.** Los resultados de los análisis de varianza intragrupo evidenciaron que aquellos participantes que realizaron el programa de prevención de la depresión “Pozik Bizi (Vivir Feliz)” (experimentales n=218), significativamente disminuyeron el nivel de desajuste clínico, el índice de síntomas emocionales, los síntomas depresivos (autoevaluados y evaluados por el profesorado), comportamientos problemáticos, y tendencialmente problemas emocionales y de conducta; complementariamente, aumentaron significativamente su ajuste personal, su autoconcepto, su sentido de competencia y afiliación relacionado con la resiliencia ante situaciones adversas. Además, estos cambios intragrupo pretest-postest, significativamente, se mantuvieron en la fase de seguimiento, 6 meses después de terminar la intervención.
- ✓ **Comparación intergrupos experimental – control cooperativo.** Al comparar el efecto del programa “Pozik Bizi (Vivir Feliz)” (experimentales n=218), con el programa de juego/aprendizaje cooperativo (control 1 n=202) se puso de relieve que los experimentales significativamente, disminuyeron el nivel de desajuste clínico y desajuste escolar, los problemas emocionales y de conducta (especialmente los internalizantes), aumentando conductas positivas que inhiben la depresión evaluadas por los profesores. Sin embargo, los participantes del grupo de control cooperativo mejoraron significativamente más el autoconcepto y las habilidades sociales. En conclusión, el programa “Pozik Bizi (Vivir Feliz)” fue eficaz especialmente en las variables clínicas (reduciendo síntomas depresivos, problemas clínicos, emocionales...).
- ✓ **Comparación intergrupos experimental – control neutro.** Al comparar el cambio que se produjo en los experimentales como efecto del programa “Pozik Bizi (Vivir Feliz)” (n=218), con el que se produjo en el grupo de control 2 (neutro, n=61) que realizó las tutorías estándar del centro educativo, se puso de relieve que los experimentales significativamente, disminuyeron en el índice de síntomas emocionales, en los síntomas de depresión autoevaluados,

así como en los problemas emocionales y de conducta evaluados por los profesores; además los experimentales aumentaron significativamente su nivel de ajuste personal.

Estos resultados muestran la eficacia del programa implementado experimentalmente en varios centros educativos y permiten sugerir la importancia de desarrollar campañas formativas dirigidas a prevenir la sintomatología depresiva y mejorar la situación emocional de los niños y niñas durante la infancia. El aumento de las cifras de sintomatología depresiva en la infancia y en la adolescencia obliga a tomar medidas preventivas tempranas y en este contexto se ha diseñado este programa que esperamos sea de utilidad a los profesionales de la psicología y la educación.

## Ficha 2.

# Intervención en la depresión mediante el programa “Pozik Bizi (Vivir Feliz)”: Evaluación del cambio en Julen, varón de 8 años de edad

### OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El trabajo que se presenta es un estudio de caso único llevado a cabo con un varón de 8 años de edad, Julen, que antes de experimentar el programa de prevención “Pozik Bizi (Vivir Feliz)”, mostró un nivel medio-alto en síntomas depresivos y un nivel muy bajo en conductas positivas opuestas a la depresión. El estudio evalúa el efecto que el programa “Pozik Bizi (Vivir Feliz)” potenció en Julen, tras haber participado en este programa implementado en su grupo-aula durante un curso académico. El objetivo general de este trabajo es valorar el cambio en Julen y compararlo con el cambio de los participantes que experimentaron el programa aquel curso académico (N=218).

Con este objetivo, se propone que el programa disminuirá en Julen el nivel de los síntomas depresivos (autoevaluados y evaluados por el profesorado), y otros problemas (internalizantes, externalizantes, problemas emocionales y de conducta, desajuste clínico, desajuste escolar, índice de síntomas emocionales, comportamientos problemáticos, reactividad emocional, estrés). Además, se postula que el programa aumentará en Julen variables personales y sociales positivas (ajuste personal, conductas positivas opuestas a la depresión, autoconcepto, habilidades sociales, sentido de competencia, sentido de afiliación).

### PARTICIPANTES

Es un estudio de caso único con un niño de 8 años con un nivel medio-alto en síntomas depresivos, y un nivel muy bajo en conductas positivas opuestas a la depresión. Julen cursa tercer curso de educación primaria, en un centro privado.

### PROCEDIMIENTO

Este trabajo se contextualiza dentro de una investigación experimental de medidas repetidas pretest-postest-seguimiento con grupo de control en la que se ha validado el programa para prevenir la depresión infantil “Pozik Bizi (Vivir Feliz)”. No obstante, el trabajo que se expone, se centra en el análisis del cambio en un solo individuo, que ha participado en un programa antidepresión aplicado al grupo en el que está inscrito. Por consiguiente, el diseño de este estudio es un diseño de caso único con medidas repetidas pretest-postest-seguimiento. En este estudio antes de comenzar el programa (pretest), se midieron diversas variables como el nivel de depresión, otros problemas emocionales, de conducta..., y otras variables personales y sociales positivas (ver Tabla 6). Posteriormente, el programa fue implementado en el grupo-aula de Julen. Al finalizar el mismo (postest) y en el seguimiento (6 meses después de finalizar la intervención) se midieron las mismas variables. La intervención (ver Ficha 1) consistió en la realización de 18 sesiones de 60 minutos de duración, en las que Julen participó, realizando todas las actividades del programa. La intervención fue llevada a cabo por una profesora durante un curso escolar. En la validación experimental del programa se administró a 218 niños de 7 a 10 años, que cursaban 3º y 4º curso de Educación Primaria. Julen fue seleccionado al azar de la muestra de validación que antes de iniciar el programa mostraron conductas depresivas superiores al promedio (> centil 70).

### INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para medir las variables objeto de estudio, antes y después de aplicar el programa de intervención “Pozik Bizi (Vivir Feliz)” y 6 meses después de concluirlo, a Julen le administraron 8 instrumentos de evaluación que cumplen las debidas garantías de fiabilidad y validez (ver Tabla 6).

## EL PROGRAMA “POZIK BIZI (VIVIR FELIZ)”

El programa de prevención tiene tres grandes objetivos: (1) Mejorar las relaciones entre los miembros del grupo y reducir el estrés social; (2) Identificar, entender y regular las emociones y pensamientos negativos y potenciar el pensamiento positivo; y (3) Desarrollar las habilidades, disminuir los sentimientos de ansiedad e incapacidad para aumentar la autoestima y la confianza en uno mismo. El programa pretende que los niños aprendan a responder de forma adecuada a los problemas emocionales y aumenten la confianza en sí mismos (ver ficha 1).

## RESULTADOS

En primer lugar, se obtuvieron las puntuaciones directas que Julen había obtenido en todas las variables evaluadas antes del programa, en la fase pretest (ver Tabla 7). Estas puntuaciones directas fueron posteriormente transformadas en puntuaciones percentiles tomando como referencia los baremos elaborados para cada variable con una muestra de tipificación de 218 niños y niñas que habían realizado el programa “Pozik Bizi (Vivir Feliz)” (muestra de validación del programa), antes de comenzar la intervención, es decir, los baremos fueron elaborados con las puntuaciones pretest de la muestra con la que se implementó el programa. Por consiguiente, se comparan las puntuaciones de Julen antes de la intervención con las de 218 estudiantes con los que también se lleva a cabo el programa “Pozik Bizi (Vivir Feliz)”.

En segundo lugar, se calculó la diferencia entre el pretest y posttest, que indicaba el cambio que se había producido en Julen en cada variable por efecto de la intervención, es decir, se obtuvo la diferencia pretest-posttest en las puntuaciones directas de cada variable (ver Tabla 7). Posteriormente, se elaboraron baremos utilizando las diferencias pretest-posttest de toda la muestra experimental de validación (n=218), y más tarde se transformaron las puntuaciones

**TABLA 7**  
**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, VARIABLES MEDIDAS EN JULEN, PUNTUACIONES DIRECTAS Y CENTILES EN LAS VARIABLES ANTES DEL PROGRAMA (PRETEST) TRAS FINALIZAR LA INTERVENCIÓN (POSTEST) Y 6 MESES DESPUÉS (SEGUIMIENTO)**

Instrumentos de evaluación	Variables Medidas	Pretest		Pretest-Posttest		Pretest-Seguimiento	
		PD	PC	PD	PC	PD	PC
CDS. Cuestionario de Depresión para niños (Lang y Tisher, 1983, 2004)	Síntomas Depresivos	112	70	-25	75	-22	45
	Conductas Positivas opuestas a la depresión	25	10	7	85	-4	40
CDS-T. Cuestionario de Depresión para profesores (Tisher, 1995)	Síntomas Depresivos	18	75	-9	99	-11	90
	Conductas Positivas opuestas a la depresión	8	5	5	99	5	97
BASC-S2. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (Reynolds y Kamphaus, 1992; adapt. González et al., 2004)	Desajuste Clínico	161	80	-33	90	-3	40
	Desajuste Escolar	102	75	0	50	-6	75
	Ajuste Personal	209	60	-12	20	5	50
	Índice de Síntomas Emocionales	328	90	-60	95	-51	90
SPECI. Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil (Profesorado) (Garaigordobil y Maganto 2012)	Problemas Internalizantes	1	75	-1	80	-1	85
	Problemas Externalizantes	5	99	-4	99	-3	99
	Problemas Emocionales y de Conducta	6	97	-5	97	-4	97
CAG. Cuestionario de Autoconcepto (García, 2001)	Autoncepto Global	196	60	-7	25	7	47
SSIS. Sistema de Mejora de Habilidades Sociales (Gresham y Elliot, 2008)	Habilidades Sociales	108	35	12	85	-8	30
	Comportamientos Problemáticos	36	80	4	25	8	10
RSCA. The Resiliency Scales for children and adolescents (Escala de Resiliencia) (Prince-Embury, 2008)	Sentido de competencia	73	90	-5	25	-10	10
	Sentido de afiliación	86	75	1	50	-4	45
	Reactividad emocional	68	99	-43	99	-29	95
IECI. Inventario de estrés cotidiano infantil (Trianes et al., 2011)	Estrés general	5	65	2	20	5	5

Notas: *Pretest* = Puntuaciones directas y centiles de Julen antes de comenzar la intervención. Se compara las puntuaciones de Julen antes de la intervención con las de 218 estudiantes con los que también se lleva a cabo el programa “Pozik Bizi (Vivir Feliz)”. *Pretest-Posttest* = Diferencia antes-después de la intervención en la puntuación directa y su correspondiente centil de Julen en todas las variables antes y después del programa. El centil informa del nivel de cambio que Julen ha experimentado en las variables tras realizar el programa comparado con el cambio de 218 participantes que también realizaron el programa. *Pretest-Seguimiento* = Diferencia en la puntuación directa y su correspondiente centil, en todas las variables medidas en Julen antes del programa y 6 meses después de haberlo concluido. El centil informa del nivel de cambio que Julen ha experimentado del pretest al seguimiento, comparando con el cambio de 218 participantes desde antes de la intervención hasta 6 meses después de concluirlo.

directas de Julen en puntuaciones percentiles utilizando este baremo. El centil informa del nivel de cambio pretest-postest que Julen ha experimentado en las variables tras realizar el programa comparado con el cambio de 218 participantes que también realizaron el programa.

En tercer lugar, se calculó la diferencia en la puntuación directa obtenida por Julen antes de comenzar el programa (pretest) y 6 meses después de haberlo concluido (seguimiento) (ver Tabla 7). Posteriormente se elaboraron baremos utilizando las diferencias pretest-seguimiento de toda la muestra experimental de validación (n=218), y más tarde se transformaron las puntuaciones directas de Julen en puntuaciones percentiles utilizando este baremo. El centil informa del nivel de cambio que Julen ha experimentado del pretest al seguimiento, comparando con el cambio de 218 participantes desde antes de la intervención hasta 6 meses después de concluirlo.

Los resultados obtenidos en Julen, en la fase pretest, antes de comenzar la intervención, en la diferencia pretest-postest (cambio que se produjo en él por efecto del programa de intervención) y en la diferencia pretest-seguimiento (cambio evidenciado desde el inicio el programa hasta 6 meses después de concluirlo), se presentan en la tabla 7.

Como se puede observar (ver Tabla 7), en **síntomas depresivos** (tanto autoevaluados, CDS, como evaluados por la profesora, CDS-T), en la fase pretest (antes de comenzar la intervención, Julen comparado con la muestra de validación del programa (n=218) (muestra de tipificación), mostró puntuaciones medias-altas (centil 70 y 75) en síntomas depresivos, así como un nivel muy bajo (centil 10 y 5) de conductas positivas opuestas a la depresión. Al comparar el cambio pretest-postest de Julen, con el experimentado por los estudiantes que realizaron el programa (n=218), se evidencia un alto nivel de cambio en Julen en síntomas depresivos y conductas positivas opuestas a la depresión tanto desde la autoevaluación (centil 75 y 85) como desde la evaluación de la profesora (centil 99 y 99). Al analizar el cambio del pretest al seguimiento (6 meses después de concluir el programa), se confirma el mantenimiento de la disminución de los síntomas depresivos. Por lo tanto, *el programa potenció en Julen una disminución relevante de los síntomas depresivos (estado de humor triste, preocupaciones por la enfermedad y la muerte, apatía, sentimientos de culpa autopunitivos...), aumentando las conductas positivas opuestas a la depresión (conductas de buen ánimo y alegría, diversión, capacidad de experimentar placer en las actividades diarias...).*

En **problemas clínicos** (BASC-S2) (ver Tabla 7), Julen mostró un nivel pretest alto en desajuste clínico, desajuste escolar y en el índice de síntomas emocionales (centil 80, 75, 90), así como un nivel medio de ajuste personal (centil 60). El cambio pretest-postest de Julen, comparado con la muestra que realizó el programa (N=218), fue muy relevante disminuyendo el desajuste clínico, el desajuste escolar y el índice de síntomas emocionales (centil 90, 50, 95), que se mantuvo en gran medida en el seguimiento. Aunque el ajuste personal no mejoró entre el pretest y el postest, sin embargo, sí mostró un aumento en el seguimiento. Por lo tanto, *el programa potenció en Julen una disminución del desajuste clínico (ansiedad, atipicidad, locus de control), del desajuste escolar (actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa hacia los profesores) y del índice de síntomas emocionales (indicador global de alteraciones emocionales, concretamente de problemas interiorizados como son: ansiedad, relaciones interpersonales, autoestima, estrés social, depresión, sentido de incapacidad). El ajuste personal (relaciones interpersonales, relaciones con los padres, confianza en sí mismo y autoestima) mostró un aumento promedio en el seguimiento.*

En **problemas emocionales y de conducta** (SPECI), Julen tenía en el pretest altos niveles de problemas internalizantes, externalizantes y de problemas emocionales y de conducta (centil 75, 90, 97) comparado con la muestra de tipificación. Al analizar el cambio pretest-postest y el cambio pretest-seguimiento se confirma una reducción de todos los problemas evaluados tanto internalizantes como externalizantes, y esta mejora fue muy superior a la experimentada por los experimentales, tanto en el cambio pretest-postest (centil 80, 99, 97) como en el cambio pretest-seguimiento (centil 85, 99, 97). *Por lo tanto, el programa mejoró los problemas emocionales y de conducta de Julen (retraimiento, somatización, ansiedad, infantil-dependiente, problemas de pensamiento, atención-hiperactividad, conducta perturbadora, rendimiento académico, depresión y conducta violenta), tanto internalizantes como externalizantes.*

En el **autoconcepto** (CAG), Julen mostraba en el pretest un nivel promedio (centil 60), sin embargo, el cambio pretest-postest no confirmó una mejora, aunque sí se halló un aumento promedio del autoconcepto global (físico, social, familiar, intelectual, personal, sensación de control) en el cambio pretest-seguimiento. Por consiguiente, *no se produjo una mejora del autoconcepto.*

En **habilidades sociales y comportamientos problemáticos** (SSiS), en la fase pretest Julen mostró pocas habilidades sociales (centil 35) y un nivel medio-alto de comportamientos problemáticos (centil 80). En habilidades sociales, los cambios pretest-postest evidencian un aumento, pero éste no se mantiene en el seguimiento. En comportamientos

problemáticos no se observó una disminución de los mismos, ni en el pretest-posttest, ni en el pretest-seguimiento. Por lo tanto, *el programa no ha estimulado en Julen un aumento de sus habilidades sociales (comunicación, cooperación, asertividad, responsabilidad, empatía, implicación, autocontrol), ni una disminución de algunos comportamientos problemáticos (agresividad...).*

En variables relacionadas con la **resiliencia** (*sentido de competencia, sentido de afiliación, reactividad emocional*), antes de comenzar la intervención Julen mostraba un nivel alto en sentido de competencia (centil 90), y un nivel medio-alto en sentido de afiliación (centil 75). Sin embargo, también mostró un nivel muy alto de reactividad emocional (centil 99). Partiendo de un nivel alto en sentido de competencia (optimismo, autoeficacia y adaptabilidad) y en sentido de afiliación (confianza, apoyo, confort, tolerancia) no se dieron cambios ni pretest-posttest ni pretest-seguimiento. Por el contrario, sí se constató en Julen una disminución importante de la reactividad emocional en el cambio pretest-posttest y pretest-seguimiento. Por lo tanto, *el programa potenció en Julen una reducción de su alto nivel de reactividad emocional (sensibilidad o sentimiento de agitación que siente; recuperación o capacidad de volver de ese estado de agitación a uno de equilibrio emocional; y alteración o capacidad de mantener el equilibrio emocional cuando está agitado).*

En **estrés**, evaluado con el IECI, Julen mostró antes de comenzar la intervención un nivel promedio, y no se produjo una disminución pretest-posttest, ni pretest-seguimiento.

En síntesis, en Julen la intervención disminuyó: (1) los síntomas depresivos (autoevaluados y evaluados por la profesora); (2) el nivel de desajuste clínico, desajuste escolar y el índice de síntomas emocionales; (3) problemas emocionales y de conducta, internalizantes y externalizantes; y (4) el nivel de reactividad emocional (sentimiento de agitación, desequilibrio emocional...). Además, el programa aumentó en Julen las conductas positivas opuestas a la depresión (autoevaluadas y evaluadas por los profesores) que en el seguimiento se mantuvieron (especialmente las evaluadas por los profesores). En la misma dirección que se constató al validar el programa, se ha producido en Julen una mejora importante en diversas variables clínicas, aunque no han aumentado sus habilidades sociales, su autoconcepto, ni disminuido algunos comportamientos problemáticos.





Formación Continuada a Distancia  
Consejo General de la Psicología de España