

24-10-2017

REVISIÓN DE TEMA

DEPRESIÓN INFANTIL

Wendy Caroline Pulido Moreno
Asesora: Ruth Vivian Barreto Osorio

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONOGRAFÍA
2017-2

CONTENIDO

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	8
2.1. Pregunta de consulta.....	9
3. OBJETIVOS.....	9
3.1 objetivo general.....	9
3.2 objetivos específicos.....	10
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	10
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	12
5.1 Categoría depresión infantil.....	15
5.1.1 Categoría prevención.....	15
5.1.1.1 Subcategoría programas.....	16
5.1.1.2 Subcategoría estrategias.....	17
5.1.2 Categoría diagnóstico.....	17
5.1.2.1 Subcategoría detección oportuna.....	18
5.1.2.2 Subcategoría sintomatología.....	19
5.1.2.3 Subcategoría características clínicas.....	19
5.1.2.4 Subcategoría ansiedad.....	20
5.1.2.5 Subcategoría enfermería.....	21
5.1.3 Categoría tratamiento.....	21
5.1.3.1 Subcategoría medicamentos.....	22
5.1.3.2 Subcategoría psicoterapia.....	22
5.1.4 Categoría instrumentos de medición.....	23
5.1.4.1 Subcategoría CDI.....	23
5.1.5 Categoría factores de riesgo relacionados.....	24
5.1.5.1 Subcategoría fisiológicos.....	24
5.1.5.2 Subcategoría socioculturales.....	25
6. Conclusiones.....	26
7. Recomendaciones.....	28
8. Referencias.....	29

DEPRESIÓN INFANTIL. REVISIÓN DE TEMA

CHILD DEPRESSION. REVIEW OF TOPIC

Wendy Caroline Pulido Moreno*

Ruth Vivian Barreto Osorio**

RESUMEN

El concepto depresión infantil ha estado presente en los últimos años y es considerado un problema grave de salud pública, lo cual requiere una mayor atención por parte del equipo interdisciplinario, para su oportuna detección e intervención. (GONZÁLEZ *et al.* 2015). **Objetivo:** analizar a través de la literatura las características que presenta el niño con depresión. **Método:** a través de la metodología de revisión de tema, en cuatro (4) bases de datos indexadas y motores de búsqueda, se aplicaron (2) filtros: depresión e infantil, a los que se aplicaron los criterios de inclusión y se analizaron a través de categorías y subcategorías. **Resultados:** En los artículos revisados se logró obtener la construcción de una matriz de registro de artículos de una categoría central: depresión infantil y 5 categorías: prevención, diagnóstico, tratamiento, instrumentos de medición y factores de riesgo relacionados;

* Estudiante Wendy Caroline Pulido Moreno Semestre 9° de Enfermería Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales – U.D.C.A. wepulido@udca.edu.co . celular. 3057373232

** Enfermera, Magister en Enfermería. Tutor investigador Programa de Enfermería Universidad de Ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A

estas categorías arrojan información frente al diagnóstico, tratamiento, promoción de la salud y prevención de la depresión infantil en niños, niñas y adolescentes. Estas fueron definidas a través de descriptores de ciencias de la salud y literatura gris. **Conclusiones:** la depresión infantil tiende a confundirse con diferentes trastornos ya que por edad los niños, niñas y adolescentes muestran diferentes características clínicas y sintomatológicas. Los aportes de enfermería en la investigación están enfocados en la promoción primaria y la prevención de la depresión infantil.

Palabras Claves: Depresión, prevención, diagnóstico, tratamiento, instrumentos de medición, factores de riesgo relacionados. (DeCS BIREME).

ABSTRACT

The concept of childhood depression has been present in recent years and is considered a serious public health problem, requiring greater attention by the interdisciplinary team for timely detection and intervention. (GONZÁLEZ *et al.* 2015). Objective: to analyze through the literature the characteristics of the child with depression. Method: through the methodology of subject review, four (4) indexed databases and search engines, were applied (2) filters: depression and children, to which the inclusion criteria were applied and analyzed through categories and subcategories. Results: In the articles reviewed it is possible to obtain on the construction of a registry matrix of

articles of a central category: infant depression and 5 categories: prevention, diagnosis, treatment, measurement instruments and related risk factors; these categories provide information on diagnosis, treatment, health promotion and prevention of childhood depression in children and adolescents. These were defined through descriptors of health sciences and gray literature. Conclusions: childhood depression tends to be confused with different disorders since, by age, children and adolescents show different clinical and symptomatic characteristics. Nursing contributions in research are focused on primary promotion and prevention of childhood depression.

Key words: Depression, prevention, diagnosis, treatment, measurement instruments, related risk factors. (DeCS BIREME).

1. INTRODUCCIÓN:

La depresión infantil interactúa con el estado afectivo y emocional de los niños (as) y adolescentes perjudicando la salud mental, este trastorno afecta directamente la dimensión emocional que es fundamental en el desarrollo infantil, a nivel cognitivo, social y afectivo en los niños. (GARCIA 2011).

La OMS, 2017 define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño y de apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Se identifican diferentes síntomas que muestran que el niño puede cursar por un episodio depresivo en cualquier momento de su desarrollo por los diferentes factores a los que están expuestos. (GONZALEZ *et al.* 2017).

Se debe agregar que en la depresión más que en otros trastornos mentales, es donde se manifiesta el conflicto entre dos concepciones como lo es las manifestaciones afectivas y las alteraciones presentadas. (GOMEZ *et al.* 2016).

GOMEZ *et al.* 2016 encuentra que 1 de cada 3-4 niños y adolescentes sufre de algún trastorno mental a lo largo de la vida según el DSM-VI y 1 de cada 10 niños presenta serias alteraciones emocionales, lo cual corresponde a una prevalencia del 12 – 13,4% en niños de 8 a 15 años.

RICARDO *et al.* 2015 menciona que en el mundo el 15 al 30 % de los niños (as) y adolescentes presentan algún tipo de trastorno mental alterando el funcionamiento social, familiar y académico, interfiriendo directamente en las relaciones interpersonales, aumentando el riesgo de conductas suicidas, delincuenciales, sexuales y de consumo de sustancias psicoactivas, mostrando conductas agresivas en los niños y en las niñas con menos conductas violentas dificultando así la detección oportuna.

Los trastornos mentales inciden de manera importante en el desarrollo ya que interrumpe las adquisiciones cognitivas, afectivas y relacionales de los niños (as) para un buen desarrollo de la personalidad que los lleve a la edad adulta sin poder aprovechar sus talentos y potenciales. (GOMEZ *et al.* 2016 y ACOSTA 2014).

Existen diferentes factores que inciden para presentar la depresión infantil tales como: falta de entorno escolar, interacción familiar, estilos de vida inadecuados; de igual forma los factores del desarrollo que repercuten para la aparición de los factores de riesgo como: los familiares, sociales, culturales y cognitivos. (MURCIA *et al.* 2009 y GÓMEZ & PORTELLANO 1999).

Al llegar los niños a la adolescencia se encuentran con eventos estresantes, familias separadas o monoparentales, dificultades escolares, traumas infantiles, los anteriores son considerados factores de riesgo. (BONNOT 2009).

La OPS, 2017 precisa que la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, más de 300 millones de personas viven con depresión, con un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. Se evidencia incremento de la depresión infantil en Colombia que pone en alerta el estudio de esta patología.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los trastornos depresivos en la población infantil son poco tratados en atención primaria, lo cual lleva a que en su tratamiento no se de manejo oportuno y los síntomas se manifiesten afectando el desarrollo normal infantil. Este trastorno ha sido poco explorado, aún no se evidencia claramente un instrumento que diagnostique con propios criterios la depresión infantil, se han remitido a una dimensión con la depresión en el adulto tendiendo a confundirse. (MURCIA et al. 2016. ORJILÉS et al. 2013. LOPEZ et al. 1998).

En Colombia se han dado escasos avances, en una unidad de neuropsicología, en la que se realizan estudios que permiten mejorar la exploración de trastornos mentales y su aparición en niños (as) y adolescentes. (CARVAJAL *et al.* 2014).

Es importante hallar los propios criterios de la depresión infantil ya que esta población tiene mayor probabilidad de no ser detectados oportunamente para un apoyo en la prevención, la detección temprana y el tratamiento de la depresión, lo que conlleva a no solo considerarse un problema para el sistema de salud sino también para la sociedad, y así evitar que a través de los años no se incremente el riesgo de convertirse en una causa de incapacidad en el mundo. (SÁNCHEZ *et al.* 2014).

Se evidencia que la depresión infantil es un problema que actualmente va en aumento afectando a gran porcentaje de la población ya que para el 2012 más de 350 millones de personas están siendo afectadas interactuando con ideas suidas. (MACÍAS *et al.* 2017). Por lo que se requiere estudiar esta problemática multifactorial.

2.1. PREGUNTA DE CONSULTA

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, surge como pregunta de consulta para la presente revisión de tema: ¿Cuáles son las características que se encuentran en la literatura respecto a la depresión infantil?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar a través de la literatura las características que presenta el niño con depresión.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar a través de lo reportado en las bases de datos indexadas y motores de búsqueda las diferencias entre la depresión infantil y la depresión en adultos.
- Indagar en la literatura los factores de riesgo que inciden en la depresión infantil.

4. MATERIALES Y MÉTODOS:

Se llevó a cabo una revisión de literatura la cual consiste en el almacenamiento, clasificación, recuperación y distribución de la información.

(RODRÍGUEZ Y VALLDEORIOLA 2012).

Se realizó una búsqueda en: CLINICAL KEY, PROQUEST, SCIENCE DIRECT, SCOPUS. Los descriptores se tomaron de la fuente DeCS BIREME: Depresión, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Instrumentos de medición, Factores de riesgo relacionados.

Criterios de inclusión: artículos que se encontraran en el periodo de 1991 al 2017, fecha y pagina revisada, título del artículos, objetivo, resumen, palabras claves, país donde se realizó el estudio, autor, tipo de estudio y diseño, aspectos éticos, conclusiones y recomendaciones; en idiomas inglés, portugués y español, de investigaciones cualitativas y cuantitativas, con

diseños de investigación: revisión bibliográfica, meta-análisis, estudios retrospectivos, estudios de corte transversales, estudios piloto, estudios descriptivos, estudios prospectivos, estudio observacional, ensayos, y debates.

Se analizaron un total de 50 artículos los cuales cumplieron con los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

Se realizó lectura crítica de los artículos y del material seleccionado, el cual se caracterizó a través de matriz de análisis sistemática que contenía los siguientes criterios para su categorización: base de datos o motor de búsqueda, descriptores DeCS, número de registros que arrojó, número de abstract leídos, número de artículos de lectura completa, número de artículos que cumplen con los criterios de inclusión, consecutivo, título del artículo, año de publicación, país de origen e idioma, referencia, tipo de artículo, diseño de investigación, objetivo, metodología, resultados, conclusión, palabras claves y link de la página web del artículo disponible.

Seguidamente se establecieron categorías de temáticas emergentes basadas en saturación y análisis de contenido de Laurence Bardin a cada uno de los artículos que cumplió los criterios de inclusión, se realizó la categorización con sus respectivas subcategorías que originan una conexión con el tema buscado y su debida conclusión relacionado con la depresión infantil. Se construyó un manuscrito de revisión de tema.

Para el desarrollo del manuscrito, se tuvo en cuenta los criterios éticos emanados en la Resolución 8430 de 1993, en la que esta revisión de tema es considerada una investigación sin riesgo ya que es un estudio documental donde no se realiza ninguna intervención en seres humanos, y la Ley 911 de 2004, donde se considera la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación ya que se debe salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos como principio ético fundamental en los procesos de investigación.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La revisión de las bases de datos y motores de búsqueda: CLINICAL KEY, PROQUES, SCIENCE DIREC, SCOPUS, arrojó 9622 artículos (100%): CLINICAL KEY 5143 artículos (53.5%), PROQUES 3258 (33.9%), SCIENCE DIREC 1197 (12.4%) y SCOPUS 24 (0.25%); de estos 50 artículos (0.52%) cumplieron con los criterios de inclusión.

Se reportan en idioma inglés: 15 artículos (30%), español: 34 artículos (68%) y portugués: 1 artículo (2%). Estudiada en mayor parte en: España: 20 artículos (40%), Estados Unidos: 12 artículos (24%), Colombia: 8 artículos (16%), México: 4 artículos (8%), y otros países: 6 (12%).

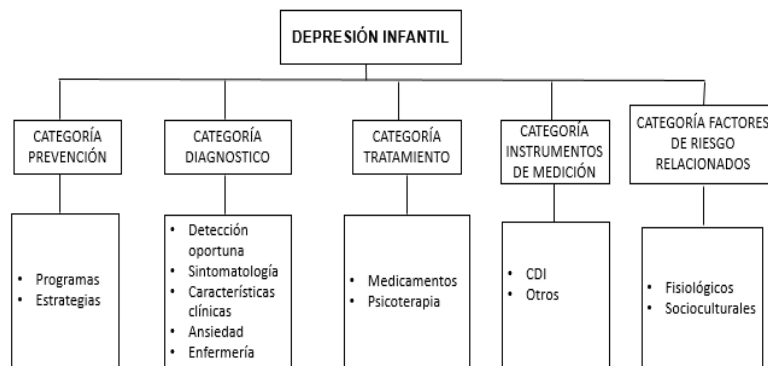
El análisis e inclusión realizada a los 50 artículos, corresponde a piezas que demuestran la depresión infantil como un problema en salud que va en

aumento y ha sido estudiado por disciplinas como la psicología y psiquiatría, es de vital importancia la intervención de enfermería para la promoción de la salud y prevención de la depresión infantil y en general de la salud mental; esta temática requiere ser más explorada, se ha llegado a estudiar en los últimos años registrando evidencia para lograr un diagnóstico oportuno para que los niños y niñas tengan un adecuado desarrollo. (GONZÁLEZ *et al.* 2015).

Se analizó la información a través de cinco (5) categorías y trece (13) subcategorías de análisis. Para la construcción de las categorías y subcategorías se escogieron los artículos que sustentaban cada una de ellas, para la **Categoría central depresión infantil** con un total de 50 artículos (100%), **Categoría prevención** con 6 artículos (12%): con las subcategoría: programas con 3 artículos (6%) y estrategias con 3 artículos (6%); **Categoría diagnostico** con 20 artículos (40%): con las subcategorías: detección oportuna con 4 artículos (8%), sintomatología con 5 artículos (10%), características clínicas con 4 artículos (8%), ansiedad con 4 artículos (8%) y enfermería con 3 artículos (6%); **Categoría tratamiento** con 10 artículos (20%), con las subcategorías: medicamentos con 5 artículos (10%) y psicoterapia con 7 artículos (14%); **Categoría instrumentos de medición** con 14 artículos (28%), con las subcategorías: CDI con 8 artículos (16%) y otros con 6 artículos (12%); y **Categoría factores de riesgo relacionados**

con 20 artículos (40%), con las subcategorías: fisiológicos con 9 artículos (18%) y socioculturales con 11 artículos (22%). Es importante tener en cuenta que un artículo puede contener diferentes análisis e información que podrían aportar a varias categorías o subcategorías. El análisis de contenido aporta a un solo fin, con un abanico de utilidades en el análisis de los documentos (BARDIN, 1996). Estas arrojaron los siguientes resultados (GRÁFICO N° 1):

GRÁFICO N°1



Fuente: Construcción propia a través de esta revisión de tema.

5.1 CATEGORÍA DEPRESIÓN INFANTIL

Se conceptualiza la categoría central depresión infantil, expresada con un contraste entre la depresión y la depresión infantil, ya que la depresión está definida como estados depresivos generalmente de intensidad moderada comparada con la depresión mayor presente en los trastornos neuróticos y psicóticos. (DECS 2017 y GONZALEZ T *et al.* 2017), siendo la depresión infantil una situación afectiva caracterizada por etapas de irritabilidad o de tristeza, de intensidad y duración variable, que ocurre en un niño. (GOMEZ *et al.* 2016).

La categoría central: depresión infantil se sustenta con las cinco categorías y las trece subcategorías para lograr definirla. Siendo las categorías y subcategorías las siguientes:

5.1.1. CATEGORÍA PREVENCIÓN

Esta categoría se relaciona con lo establecido en la normativa para la atención en prevención, con prácticas específicas dirigidas a la detección de enfermedades o trastornos mentales en individuos o poblaciones susceptibles. Incluyen la promoción de la salud, la salud mental, los procedimientos preventivos ya que esto incluye el control y la supervisión de enfermedades. (DECS 2017).

Es importante el trabajo interdisciplinario en la prevención, con la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que

tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria), curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria), declarando que la promoción de la salud y la prevención deben ejercerse simultáneamente ya que es una estrategia de acción en salud para todo el mundo. (SANCHEZ *et al.* 2014 y BENITO *et al.* 2000).

En lo encontrado en los artículos científicos se considera que los programas de prevención y promoción de la salud abordan particularmente diferentes entornos que son importantes para los niños y adolescentes, como lo es la familia, espacios de educación (colegios, escuelas), centros culturales y centros deportivos ya que son un factor importante en los que pueden intervenir profesionales de la salud como psicólogos, enfermeros y consejeros sin dejar atrás la ayuda primaria que brindan los educadores (profesores y orientadores). (CARRASCO *et al.* 2000, GONZÁLEZ *et al.* 2015 y OLMEDO *et al.* 1998).

La categoría prevención se sustenta con las subcategorías:

5.1.1.1. Subcategoría programas: los programas que mejores resultados obtienen según los artículos encontrados, son los de orientación cognitivo-conductual y programas interpersonales que resultan con grandes efectos significativos que abarcan el optimismo, la toma de decisiones, las habilidades sociales, el afrontamiento en todos los escenarios de la vida, el

enfrentamiento de problemas y el evitar los conflictos. (OLMEDO *et al.* 2003, SANCHEZ 2014, GALLEGOS *et al.* 2013 y MENDELSON 2016).

5.1.1.2. Subcategoría estrategias: para dar respuesta a los programas empleados se buscan estrategias con sesiones grupales y trabajando la ocupación, como tareas en casa buscando la solución de problemas en el ámbito escolar y familiar principalmente para que se trate de promoción de la salud y prevención de la depresión infantil, para evitar que se conviertan en problemas clínicos donde aumente la morbilidad. (BENITO *et al.* 2000).

Finalmente se identifica que la prevención oportuna de la depresión infantil se da desde la atención primaria con una intervención adecuada por los principales entornos tratados con el niño y adolescente que fortalezcan su pensamiento y su rol social que le permita el afrontamiento y se evite llegar a una atención clínica. (GONZALEZ *et al.* 2015 y BEE HUI YAP 2015).

5.1.2. CATEGORÍA DIAGNÓSTICO

La categoría diagnóstico incluye la determinación de la naturaleza de una enfermedad, estado o su distinción. En la depresión infantil se concluye que es un desorden mental dentro de los trastornos depresivos, tiene clara diferencia entre la depresión infantil y la depresión en el adulto.

CAPURRO N y RADA G 2007, referencian que el diagnóstico es un proceso inferencial, realizado a partir de un cuadro clínico, destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente. La depresión infantil puede surgir en cualquier momento del desarrollo del niño y del adolescente afectando diferentes áreas como lo son: las emocionales, motoras, cognitivas, sociales, conductuales y somáticas, se ha identificado estos síntomas en diferentes edades como lo son: en menores de 7 años, en niños de 7 años de edad hasta la pubertad y en adolescentes. (GARCIA 2011).

En la depresión en niños se tienden a confundir sus síntomas con diferentes trastornos, es importante tener en cuenta que la depresión está en marcada con diferentes tipos: suave, moderada y grave, manifestada para el diagnóstico diferencial con: aislamiento, ansiedad, irritabilidad, comportamientos perturbadores, problemas de atención y concentración, rendimiento escolar, faltas de interés, en estos se basa en el diagnóstico de acuerdo al DSM y el CIE 10. (KOVEROLA *et al.* 1993).

En conclusión, este desorden afecta principalmente la parte afectiva, cognitiva, motivacional y psicosomática en los niños, niñas y adolescentes.

5.1.2.1. Subcategoría detección oportuna: para el análisis de la situación del niño (a), se debe tener en cuenta los diferentes entornos por los cuales está rodeado el niño y adolescente, para diferenciar de su tristeza normal a el sufrimiento o malestar interno permanente que obstruye el desarrollo

normal el niño. Para realizar una detección oportuna identificando principalmente por psicología en el entorno escolar, padres en el entorno familiar y amigos en el entorno social. (MARTÍNEZ 2015 y ALLGAIER 2014).

5.1.2.2. Subcategoría sintomatología: Las alteraciones presentadas en los niños están basadas en dos patrones: del comportamiento y de las emociones, estos están relacionados con: la inestabilidad del estado de ánimo, problemas fisiológicos y socioculturales, manifestándose con: inseguridad, miedos, fobias, tristezas, apatías, preocupación y culpabilidad. (SOLER *et al.* 2010 y BECONA *et al.* 2001).

En un estudio realizado en Colombia, se evidencia que la depresión conlleva a déficits neurocognitivos, afectando las dimensiones tales como: función ejecutiva, atención, velocidad de procesamiento y memoria. Presentadas en la infancia genera un factor de riesgo neurocognitivo para el futuro, es por ello que el desarrollo normal no está presente, permitiendo ver síntomas como déficit de atención, hiperactividad, hasta llegar a los estados de ansiedad y de intento de suicidio. (KAVANAUGH 2016 y JAUREGUIZAR *et al.* 2015).

5.1.2.3. Subcategoría características clínicas: estas están clasificadas según los criterios del CIE 10 y del DSM-IV donde se incluyen los criterios de gravedad según la sintomatología presentada por los niños de acuerdo a criterios suscritos a la edad. (MARTÍNEZ 2015).

Las alteraciones de las emociones o síndromes internalizantes, están relacionadas con: inestabilidad del estado de ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, tristeza, apatía, disforia, inquietud, tensión, preocupación y culpabilidad entre otros. (SOLER, *et al.* 2010).

Se identificó que las características clínicas pueden estar relacionadas con el trastorno del espectro autista en niños (as) de 0 a 5 años, con características de comportamiento propias, pero es útil para realizar un diagnóstico más temprano. (CARVAJAL, *et al.* 2014).

5.1.2.4. Subcategoría ansiedad: se presenta un trastorno mixto en los niños de ansiedad y depresión, en los cuales se enmascaran los síntomas cuyos comportamientos se manifiestan por: irritabilidad, inquietud motora y agresividad. Con estas afirmaciones se trata de un síndrome con las mismas características que aparece en la depresión de los adultos. (LOPEZ, *et al.* 1998).

La característica fundamental de la ansiedad es la existencia de preocupación excesiva que aparece con múltiples contextos, con ausencia de una alteración orgánica que explique la sintomatología con incapacidad de controlar el grado de preocupación, alterando el desarrollo normal del niño y adolescente generando deterioro social o académico. (GARCÍA 2011).

Se encuentra riesgo en generar depresión y ansiedad que influya en las relaciones interpersonales, el desempeño académico y el potencial para convertirse en personas productivas. (GALLEGO, *et al.* 2013).

5.1.2.5. Subcategoría enfermería: El proceso de atención de enfermería ofrece estrategias para la promoción de la salud y la prevención de la depresión infantil para llevar una mejor calidad de vida de los niños y en conjunto con la participación de la familia. (DA COSTA, *et al.* 2013 y SIMÕES 2014).

5.1.3. CATEGORÍA TRATAMIENTO

Corresponde al tratamiento de una enfermedad o afección por varios medios diferentes de forma simultánea o secuencial. (DECS 2017).

Comúnmente los artículos referencian un tratamiento combinado con medicamentos y psicoterapia.

Existen diferentes complicaciones que directamente incluyen efectos adversos en el desarrollo psicológico del niño (as) y adolescentes, con un aumento considerable para los intentos de suicidio y el bajo rendimiento escolar y la poca interacción social es allí donde se mide la eficacia del tratamiento farmacológico solo ya que no demuestran un beneficio poco significativo y con los años va en aumento la expectativa de la medicación dejando atrás alternativas primarias como la psicoterapia. (RUTHERFORD 2011).

Investigaciones demuestran que se lleva una mejor interacción en el tratamiento cuando se tiene en cuenta una alimentación saludable, con intervenciones realizadas que demuestran una mejoría en el estado de ánimo. (LOPRESTI 2015).

Se identificó que los estudios que presentan diferentes tratamientos son escasos, se remiten a: la eficacia de los dos tipos de tratamientos, que se describirán en las subcategorías de análisis que precisan esta categoría.

5.1.3.1. Subcategoría medicamentos: el tratamiento con medicamentos frecuentemente es realizado con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina siempre de la mano con la psicoterapia para un manejo más oportuno y óptimo. (CABASES 2012, TORO 2006 y PEIRÓ *et al.* 2005).

El tratamiento de la depresión en niños y adolescentes es principalmente psicoterapéutico, si se presenta ineficacia de la psicoterapia correctamente llevada, se puede considerar un tratamiento farmacológico, de preferencia con fluoxetina, a fin de fomentar la captación de la serotonina. (BONNOT 2009).

5.1.3.2. Subcategoría psicoterapia: la psicoterapia cognitiva conductual se mostró en diferentes estudios con grandes resultados de disminución de sintomatología de la depresión infantil, es importante identificar la fase y los síntomas en que curse el individuo para así mantener un adecuado tratamiento y tener un seguimiento en la fase aguda, de continuación y de

mantenimiento de la terapia para evitar una recaída en los síntomas y como tal en el trastorno. (MÉNDEZ *et al.* 2002, CABASES & MANZANERO 2012, TOMPSON 2017, MÉNDEZ *et al.* 2000).

5.1.4. CATEGORÍA INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

La ayuda que se obtuvo de los diferentes instrumentos de medición utilizados en los estudios de los artículos encontrados, fue siempre en pro al diagnóstico de la depresión infantil como tal, es allí donde se vio la necesidad de tener en cuenta esta como categoría. Los instrumentos de recolección de datos e información son un recurso metodológico que se materializa mediante un dispositivo o formato que se utiliza para obtener, registrar o almacenar los aspectos relevantes del estudio o investigación recabado de las fuentes indagadas. (RUIZ 1992).

A partir de los instrumentos utilizados en los estudios realizados, teniendo en cuenta que no son criterios propios de la depresión infantil para la identificación de los síntomas de la depresión infantil con mayor prevalencia se tomaron las subcategorías:

5.1.4.1. Subcategoría CDI: se usó el CDI- Children's depression inventory en la mayoría de los estudios de los artículos, ya que trata los aspectos emocionales para así diagnosticar o llegar a la oportuna identificación de

síntomas que llevan a una depresión infantil. (MARTINEZ 2015, ORTEGA, *et al.* 2014, LOPEZ, *et al.* 1998, MURCIAL, *et al.* 2006, ORGILÉS, *et al.* 2013).

A continuación, se nombran otros instrumentos que son los más utilizados según lo reportado en las investigaciones: ICI, pansi y CDS que con respecto a otros instrumentos de medición son en base al instrumento CDI. Las diferencias de la implementación de estos instrumentos están basadas en los criterios de: la edad, diferentes manifestaciones de tristeza, síntomas y/o manifestaciones depresivas, problemas interpersonales en sus diferentes entornos y variables de la revisión bibliográfica. (MURCIA, *et al.* 2009, ORGILÉS, *et al.* 2013 y ORTEGA, *et al.* 2014).

5.1.5. CATEGORÍA FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS

Con respecto a la depresión infantil, se identificó diferentes factores de riesgo relacionados, convirtiéndose en una categoría ya que esta es una característica innata o heredada asociada con las afectaciones que se relacionan con la salud y en los niños se considera importante prevenir los estados depresivos por los cuales cursan debido a diferentes causas. (ZÚÑIGA *et al.* 2009).

La OMS (2002) menciona que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Esta categoría incluye las siguientes subcategorías que la define:

5.1.5.1. Subcategoría Fisiológicos: Dentro de estos están los que surgen por genética, por obesidad, por trastornos del sueño y por ideación suicida. Los individuos con depresión también tienden a presentar varios síntomas neurobiológicos anormales, incluyendo deficiencias en neurotransmisores monoaminérgicos que viene desde la gestación por exposición a problemas afectivos. (D'SOUZA 2016).

También se encuentran antecedentes familiares de: depresión y obesidad que generalmente proviene de inadecuados hábitos alimenticios o por otros trastornos como la ansiedad, que los lleva a consumir alimentos al punto de llegar a una obesidad y esta conlleva a un problema de depresión; debido a que los niños tienden a: aislarse, a la soledad y a tener una baja autoestima manifestándose con ansiedad y síntomas predictores de desarrollo de depresión. (GONZALEZ T, *et al* 2017 y BUELA *et al.* 2001).

Algunos estudios relacionan los problemas de sueño y descanso, con la depresión, manifiestan más problemas de sueño y peores hábitos para ir a dormir que los que presentan buen estado de ánimo, los problemas de sueño serán predictores de la sintomatología depresiva. (ORJILÉS, *et al* 2013 y D'SOUZA 2016).

5.1.5.2. Subcategoría sociocultural: Los factores de riesgos socioculturales como: el bajo rendimiento escolar, el abuso sexual, y las afectaciones como: la separación de los padres, la migración de las familias, hacen que se

obtenga por estas relaciones más prevalencia de que los niños, niñas y adolescentes padezcan de una depresión infantil, pues, la ausencia de los padres, la carencia afectiva, el maltrato infantil y la sociedad pueden influir para que estas complicaciones sean frecuentes. (ALBUJA. 2009, BIRMAHER 2007 y DEL BARRIO 2016).

Uno de los estudios revisados mostro que el maltrato y sus diferentes tipos tales son como el abuso sexual, abuso psicológico en el entorno social y escolar influyen para que se desarrolle la depresión, con una disminución si reciben apoyo por parte de su familia o sus cuidadores protegiendo, cuidando y ofreciendo amor, lo que estimula la función psicológica para un tratamiento primario. (INFURNA 2016 y RODRÍGUEZ *et al.* 2009).

6. CONCLUSIONES

Se logró identificar a través de la revisión de la literatura las características que presenta el niño con depresión y para estudiarlas se debió analizar la información emergente a través de cinco categorías y trece subcategorías que permiten relacionarlas en generalidad con: prevención, diagnóstico, tratamiento, instrumentos de medición y factores de riesgo relacionados.

En torno a las diferencias entre la depresión infantil y en adultos, los artículos permiten evidenciar que en los niños (as) cursan con: síntomas más

cognitivo- conductuales junto con los sentimientos afectados en sus diferentes entornos.

Los artículos analizados muestran que la depresión infantil es considerada como un problema de salud pública que requiere de atención interdisciplinaria, inter, transectorial y de la familia como cuidadores primarios de los niños (as) y adolescentes.

En cuanto a los factores de riesgo se evidenciaron dos importantes fisiológicos como: genéticos, por otras patologías y trastornos del sueño y socioculturales que engloban problemas en: el entorno familiar, escolar y violencia a los que esta predispuestos los niños, niñas y adolescentes.

Respecto a la sintomatología clínica para la detección oportuna en el diagnóstico y no dejar atrás el tratamiento que ha dado buenos resultados con la terapia de medicamentos y la psicoterapia simultáneamente.

La depresión infantil es un trastorno que hoy en día se vive en la sociedad junto con diferentes factores de riesgo que relacionan esta problemática, se puede trabajar en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud como eje central desde las diferentes disciplinas que están en pro a la salud, interviniendo desde el entorno familiar y educativo con programas y estrategias para los niños y adolescentes.

7. RECOMENDACIONES

Es recomendable que el equipo interdisciplinario valore integralmente al niño, (a), su entorno y su familia, por sus diferentes características étnicas, culturales, religiosas que pueden influir en la presentación y descripción e identificación de los síntomas depresivos y que el tratamiento del niño incluya: terapia farmacológica, psicoeducación, apoyo familiar y apoyo escolar.

Se debe fortalecer la atención primaria en salud pública para lograr reducir: la atención inoportuna, los costos y el incremento de casos de depresión infantil en atención hospitalaria.

Se recomienda estudiar más a profundidad esta temática desde la disciplina de enfermería en articulación con otros profesionales.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACOSTA, K. 2014. La comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos en la niñez. Nuevas directrices de investigación. Revista de Psicopatología GEPU; Cali. Vol. 5. Iss. 2, (2014): 15-31. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1778466363?accountid=47900>
2. ALBUJA, B; ALBUJA, E; ALBUJA, W. 2009. Depresión infantil en hijos de padres migrantes. Revista de Atención Primaria; Ecuador. Vol. 41. Issue. 5, (2009): 288. Disponible desde internet en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708000437>
3. ALLGAIER, A; KRICK, K; OPITZ, A; SARA VO, B; ROMANOS, M; SCHULTE, G. 2014. Improving early detection of childhood depression in mental health care: The Children's Depression Screener (Child-D-S). Revista de Psychiatry Research; Irlanda. Vol. 217. Iss. 3, (2014): 248-252. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2086/#!/content/journal/1-s2.0-S0165178114002649>
4. BARDIN, L. 1991. Análisis de contenido. Ed. Akal. (España). Edición 2. Pag. 9-30.
5. BEE HUI YAP, M; FOWLER, M; REAVLEY, N; JORM, A. 2015. Parenting strategies for reducing the risk of childhood depression and anxiety disorders: A Delphi consensus study. Journal of Affective Disorders; Vol. 183. (2015): 330-338. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2086/#!/content/journal/1-s2.0-S016503271530080X>

6. BECOÑA, E; VÁZQUEZ, F; MÍGUEZ, M. 2001. Juego problema y sintomatología depresiva en adolescentes. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica; Madrid. Vol. 6, Iss. 1, (2001): 1-15. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1114669839?accountid=47900>
7. BENITO, A; APARICIO, M; BRIONES, A. 2000. Síntomas de depresión en los adolescentes, estrategias de solución de problemas y educación para la salud comunitaria. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica; Madrid. Vol. 5, Iss. 1, (2000): 1-11. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1114147522?accountid=47900>
8. BIRMAHER, B; BRENT, D. 2007. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry; EE.UU. Vol. 46, Iss. 11, (2007): 1503-1526. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2086#!/content/journal/1-s2.0-S0890856709620530>
9. BONNOT, O. 2009, Estados depresivos en la adolescencia. Revista de EMC - Tratado de Medicina; Francia. Vol. 13, Iss.3, (2009): 1-7, Disponible desde internet en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541009705471>
10. BUELA, G; CARRETERO, H; DE LOS SANTOS ROIG, M. 2001. Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. Revista de Salud Mental; España. Vol. 24, Iss. 3, (2001): 17-23. Cited 5 times. Disponible desde internet en:

<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-18144438676&partnerID=40&md5=d27a10e22b7c80f754d2c7c49c1133ac>

11. CABASÉS, J; MANZANERO R. 2012. Tratamiento de la depresión en el niño y el adolescente. Revista de Anales de Pediatría Continuada; España. Vol. 10, Iss. 2, (2012): 72-78. Disponible desde internet en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1696281812700689>
12. CAPURRO, D; RADA, G. 2007. El proceso diagnóstico. Revista de Med; Chile. Vol. 135, Iss. 4, (2007): 534-538. Disponible desde internet en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000400018
13. CARVAJAL, J; NOBMANN, M; PELAEZ, A; PLATA, D; GIRALDO, L. 2014. Caracterización clínica de niños y adolescentes atendidos en una unidad de neuropsicología de Medellín, Colombia. Revista de CES Psicología; Medellín. Vol. 7, Iss. 1, (2014): 48-57. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1554605445?accountid=47900>
14. CARRASCO, M; DEL BARRIO, V; RODRÍGUEZ, J. 2000. Sintomatología depresiva en escolares de 12 a 16 años y su relación con las distorsiones cognitivas. Revista de psicopatología y psicología clínica; Madrid. Vol. 5, Iss. 1, (2000): 45-70. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1114147566?accountid=47900>

15. DA COSTA, T; PEIXOTO, D; VAN SEBROECK, M; MELLO, R. 2013. El papel de la enfermera en el contexto de la depresión infantil en CAPSi: Enfoque diagnóstico de enfermería. Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online; Rio de Janeiro. Vol. 5, Iss. 5, (2013): 45-51. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1497036929/fulltext/E01F2BED2A6B48E1PQ/10?accountid=47900>
16. DECS. Descriptores de ciencias de la salud. 2017. Citado el 13-07-17. Disponible desde internet en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
17. DEL BARRIO, V; HOLGADO, P; CARRASCO, M. 2016. Concurrent and longitudinal effects of maternal and paternal warmth on depression symptoms in children and adolescents. Revista de Psychiatry Research; Irlanda. Vol. 242, Iss. 1, (2016): 75-81. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2086/#!/content/journal/1-s2.0-S0165178115306223>
18. D'SOUZA, S; THOMPSON, J; SLYKERMAN, R; MARLOW, G; WALL, C; MURPHY, R; FERGUSON, L; MITCHELL, E; WALDIE, K. 2016. Environmental and genetic determinants of childhood depression: The roles of DAT1 and the antenatal environment. Journal of Affective Disorders; EE.UU. Vol. 197, Iss.1, (2016): 151-158. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2086/#!/content/journal/1-s2.0-S0165032715303438>
19. GALLEGOS, J; LINAN-T, S; STARK, K; RUVALCABA, N; 2013. Preventing childhood anxiety and depression: Testing the effectiveness of a schoolbased program in Mexico. Revista de Psicología Evolutiva; México. Vol. 19, Iss. 1, (2013): 37-44. Disponible desde internet en:

<http://bibliobd.udca.edu.co:2059/science/article/pii/S1135755X1370006>

[X](#)

20. GARCÍA S, R. 2011. Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. Revista Médica Clínica Las Condes; Chile. Vol. 22, Iss. 1, (2011): 77-84, Disponible desde internet en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703959>

21. GÓMEZ, M; PORTELLANO, J. 1999. Depresión infantil: Su relación con la lateralidad y la asimetría de las funciones cognitivas. Revista de Archivos de Neurobiología; Madrid. Vol. 62, Iss. 1, (1999): 35-48. Disponible desde internet en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0032995168&partnerID=40&md5=95585a62b008514f1606539e24636cef>

22. GÓMEZ, C; AULÍ, J; TAMAYO, N; GIL, F; GARZÓN, D; CASAS, G. 2016. Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. Revista Colombiana de Psiquiatría; Colombia. Vol. 45, Iss. 1, (2016): 39-49, Disponible desde internet en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745016300622>

23. GONZÁLEZ, C; HERMOSILLO, A; VACIO, M; PERALTA, R; WAGNER, F. 2015. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Boletín Médico del Hospital Infantil de México; México. Vol. 72, Iss. 2, (2015): 149-155. Disponible desde internet en: <http://bibliobd.udca.edu.co:2059/science/article/pii/S1665114615000659>

24. GONZÁLEZ, J; GÓMEZ, A; GÓMEZ, C; ÁLVAREZ, M; ÁLVAREZ, C. 2017. Asociación entre obesidad y depresión infantil en población escolar de una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán. Revista de Atención Familiar; México. Vol. 24, Iss. 1, (2017): 8 - 12. Disponible desde internet en: <http://bibliobd.udca.edu.co:2059/science/article/pii/S1405887117300032>
25. INFURNA, M; REICHL, C; PARZER, P; SCHIMMENTI, A; BIFULCO, A; KAESS, M. 2016. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. Journal of Affective Disorders; EE.UU. Vol. 190, Iss. 1, (2016): 47-55. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2086/#!/content/journal/1-s2.0-S0165032715305309>
26. JAUREGUIZAR, J; BERNARAS, E; SOROA, M; SARASA, M; GARAIGORDOBIL, M. 2015. Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. Revista Psicología Conductual; Madrid. Vol. 23, Iss. 2, (2015): 245-264. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1712851346?accountid=47900>
27. KAVANAUGH, B; GAUDET, C; DUPONT, J; TELLOCK, P; MAHER, I; HAISLEY, L; HOLLER, K. 2016. Failure to maintain set as a predictor of childhood depression within a children's psychiatric inpatient sample. Psychiatry Research; EE.UU. Vol. 246, Iss. 1, (2016): 644-649. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2086/#!/content/journal/1-s2.0-S0165178116301688>

28. KOVEROLA, C; POUND, J; HEGER, A; LYTTLE, C. 1993. Relationship of child sexual abuse to depression. *Journal Child Abuse & Neglect; Canada*. Vol. 17, Iss. 3, (1993): 393-400. Disponible desde internet en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014521349390062A>
29. LÓPEZ, C; ALCÁNTARA, M; FERNÁNDEZ, V; CASTRO, M. 2010. Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Revista de Anales de Psicología; España*. Vol. 26, Iss. 2, (2010): n/a. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1288737439?accountid=47900>
30. LÓPEZ, C; LÓPEZ, J. 1998. La depresión en la infancia desde la perspectiva de las taxonomías empíricas. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica; Madrid*. Vol. 3, Iss. 2, (1998): 95-102. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1114834976?accountid=47900>
31. LOPRESTI, A. 2015. A review of nutrient treatments for paediatric depression. *Journal of Affective Disorders; EE.UU*. Vol. 181, Iss. 1, (2015): 24-32. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2086/#!/content/journal/1-s2.0-S0165032715002293>
32. MACÍAS, E; MENDOZA, I; CAMARGO, Y. 2017. Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos 1. *Revista de Pensamiento Psicológico; Cali*. Vol. 15, Iss. 1, (2017): 51-61. Disponible desde internet en:

<https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1877786945?accountid=47900>

33. MARTÍNEZ, N; 2015. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. Revista de Anales de Pediatría Continuada; España. Vol. 12, Iss. 6, (2014): 294-299. Disponible desde internet en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1696281814702070>
34. MENDELSON, T; DARIUS, S. 2016. Prevention of Depression in Childhood and Adolescence. Journal Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America; EE.UU. Vol. 25, Iss.2, (2016): 201-218. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2086/#!/content/journal/1-s2.0-S1056499315001108>
35. MÉNDEZ, F; MORENO, P; SÁNCHEZ, J; OLIVARES, J; ESPADA, J. 2000. Eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: Una revisión cualitativa y cuantitativa de dos décadas de investigación. Revista de Psicología Conductual; España. Vol. 8, Iss. 3, (2000): 487-510. Disponible desde internet en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0034485908&partnerID=40&md5=0ecffcc0f3f7c026b1a678becadea4a>
36. MÉNDEZ, X; ROSA, A; MONTOYA, M; ESPADA, J; OLIVARES, J; SÁNCHEZ, J. 2002. Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿Evidencia o promesa?. Revista de Psicología Conductual; España. Vol. 10, Iss. 3, (2002): 563-580. Cited 5 times. Disponible desde internet en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-19244379216&partnerID=40&md5=643f2e87077db9e7144ecff963f9af>
[Of](#)

37. MURCIA, E; LOSADA, Y; ROJAS, L; LONDOÑO, P. 2009. Prevalencia de la depresión infantil en Neiva. Colombia. Revista de Avances en Psicología Latinoamericana; Colombia. Vol. 27, Iss.1, (2009): 154-164. Cited 6 times. Disponible desde internet en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-70349196326&partnerID=40&md5=a5fd3a9bcd6e4589ac889cb7e48b415a>
38. MURCIA, E; ROJAS, A; TOBÓN, S; HENAO, D. 2009. Análisis bibliométrico de la depresión infantil. Revista de Pensamiento Psicológico; Cali. Vol. 5, Iss. 12, (2009): 59-70. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/214142573?accountid=47900>
39. OLMEDO, M; DEL BARRIO, V; SANTED, M. 1998. Prevención de emociones negativas en la adolescencia: valoración de técnicas cognitivo-conductuales. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica; Madrid. Vol. 3, Iss. 2, (1998): 121-137. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1114834974?accountid=47900>
40. OLMEDO, M; DEL BARRIO, V; SANTED, M. 2003. Eficacia de un programa preventivo de problemas emocionales en adolescentes en función del rendimiento académico. Revista de Acción Psicológica; Madrid. Vol. 2, Iss. 3, (2003): 213-222. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1241006875?accountid=47900>

41. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. 2002. Factores de Riesgo. Disponible desde internet en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
42. ORGILÉS, M; FERNÁNDEZ, I; ESPADA, J. 2013. Hábitos y problemas de sueño en niños con sintomatología depresiva. Revista de Psicopatología y Psicología clínica; Madrid. Vol. 18, Iss. 3, (2013): 173-181. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1662444937?accountid=47900>
43. ORTEGA, F; MENDOZA, J; BALLESTAS, L. 2014. Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. Revista de Encuentros; Barranquilla. Vol. 12, Iss. 12, (2014): 35-47. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1671123435?accountid=47900>
44. PEIRÓ, S; CERVERA, P; BERNAL, E. 2005. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la depresión infantil: un "culebrón" que refleja importantes problemas de seguridad de los medicamentos. Revista de Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S; España. Vol. 19, Iss.5, (2005): 401-406. Disponible desde internet en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-33644952586&partnerID=40&md5=2562d7aae4b371d41dd11bf8cf24dece>
45. RICARDO, C; ÁLVAREZ, M; RODRÍGUEZ, M; 2015. Características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes de consulta externa psiquiátrica infantil de una clínica de Medellín. Revista Colombiana de Psiquiatría; Colombia. Vol 44, Iss. 2, (2015):

115-120, Disponible desde internet en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745015000037>

46. RODRIGUEZ D; VALLDEORIOLA J. 2012. Metodología de la investigación. Universidad Oberta de Catalunya. (España). Disponible desde internet en: http://zanadoria.com/syllabi/m1019/mat_cast-nodef/PID_00148556-1.pdf

47. RODRÍGUEZ, M; DEL BARRIO, V; CARRASCO, M. 2009 Consistencia interparental y su relación con la agresión y la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica; Madrid. Vol. 14, Iss. 1, (2009): 51-60. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1115584988?accountid=47900>

48. RUIZ, C. 1992. Instrumentos y Técnicas de Investigación Educativa: Un Enfoque Cuantitativo y Cualitativo para la Recolección y Análisis de Datos. Editorial DANAGA. Disponible desde internet en: https://books.google.com.co/books/about/Instrumentos_y_Tecnicas_de_Investigaci%C3%B3n.html?id=Q9aDQAAQBAJ&source=kp_cover&edir_esc=y

49. RUTHERFORD, B; SNEED, J; TANDLER, H; RINDSKOPF, D; PETERSON, B; ROOSE, S. 2011. Deconstructing Pediatric Depression Trials: An Analysis of the Effects of Expectancy and Therapeutic Contact. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry; EE.UU. Vol. , Iss. 1 ,(2011): Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2086/#!/content/journal/1-s2.0-S0890856711003492>

50. SÁNCHEZ, M; SÁNCHEZ, K; AGUDELO, A. 2015. Estrategias lúdicas para aumentar el conocimiento de un grupo de adolescentes escolarizados sobre la gingivitis. Revistas de Duazary la Universidad del Magdalena; Colombia. Vol.12, Iss. 2, (2015): 100-111. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1835694552?accountid=47900>
51. SÁNCHEZ, O; MÉNDEZ, F; GARBER, J. 2014. Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. Revista de Psicopatología y Psicología clínica; Madrid. Vol. 19, Iss. 1, (2014): 63-76. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/1690094351?accountid=47900>
52. SIMÕES, I; DA FONSECA, M. 2014. Supporting Portuguese residential child care staff: An exploratory study with the, Journal Psychosocial Intervention; Madrid. Vol. 23, Iss. 1, (2014): 33-41. Disponible desde internet en: <http://bibliobd.udca.edu.co:2059/science/article/pii/S113205591470033X>
53. SOLER, C; ALCÁNTARA, M; FERNÁNDEZ, V; CASTRO, M; LÓPEZ, J. 2010. Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). Revista Anales de Psicología; España. Vol.26, Iss. 2, (2010): 325-334. Disponible desde internet en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-77954303615&partnerID=40&md5=649f13f991a8f8c405046395d9fdade>

54. TOMPSON, M; SUGAR, C; LANGER, D; ASARNOW, J. 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; EE.UU. Vol. 56. Iss. 6, (2017): 515-523. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2086/#!/content/journal/1-s2.0-S0890856717301570>

55. TORO, J. 2006. Depresión en el adolescente: ¿psicofármacos o psicoterapia?. Revista de FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria; España. Vol. 13, Iss. 9, (2006): 531-535, Disponible desde internet en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207206713925>

56. WOZENCRAFT, T; WAGNER, W; PELLEGRIN, A. 1991. Depression and suicidal ideation in sexually abused children. Journal Child Abuse & Neglect, USA. Vol 15, Iss. 4, (1991): 505-511. Disponible desde internet en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/014521349190034B>

57. ZÚÑIGA, M; JACOBO, B; RODRÍGUEZ, A; CABRERA, N; RENTERÍA, M. 2009. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. International Journal of Psychology and Psychological Therapy; España. Vol 9. Iss. 2, (2009): 205-216. Disponible desde internet en: <https://bibliobd.udca.edu.co:2118/docview/222751568?accountid=47900>

Con formato: Justificado, Sangría: Izquierda: 0,63 cm, Sangría francesa: 0,63 cm, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm, Punto de tabulación: No en 9,47 cm