

TRISTEZA, DEPRESIÓN Y ESTRATEGIAS DE AUTORREGULACIÓN EN NIÑOS

*Angela Cuervo Martínez**
*Romina Izzedin Bouquet***

Recibido agosto 18 de 2006

Aceptado octubre 2 de 2007

RESUMEN

Este artículo presenta una revisión de los estudios sobre la tristeza en niños, su vínculo con la depresión infantil y la autorregulación emocional, así como las diferencias de género en la expresión de esta emoción primaria. Se pretende brindar una descripción de los factores asociados a la tristeza y a la depresión y se destaca la importancia de conocer la autorregulación emocional de la tristeza por géneros para prevenir e intervenir oportunamente en la depresión infantil.

Palabras clave: tristeza, regulación emocional, emociones, depresión, género.

ABSTRACT

This article presents a revision of studies about sadness in children, their connection with childhood depression and emotional self-regulation, as well as gender differences in the expression of that primary emotion. The article also intends, on one hand, to provide a description of the factors associated with sadness and depression and on the other hand, to highlight the importance of knowing the emotional self-regulation of sadness by genders in order to prevent and intervene opportunely in childhood depression.

Key words: sadness, emotional self-regulation, depression, gender.

* Magíster en Desarrollo Educativo y Social, CINDE_Pedagógica. Correspondencia: Angela Cuervo, Fundación Universitaria Los Libertadores, Facultad de Psicología, Cra 16 # 63^a-68, lacuervom@libertadores.edu.co

** Magíster en Psicología, Correspondencia: Romina Izzedin, Fundación Universitaria Los Libertadores, Facultad de Psicología, Cra 16 # 63^a - 68, rizzedinb@libertadores.edu.co

En la infancia y en la preadolescencia se presentan diversas problemáticas de salud mental que requieren atención diferencial y prioritaria por la prevalencia y el impacto que generan en el desarrollo socioafectivo, entre las cuales se encuentran la ansiedad y la depresión. Así lo evidencian los datos de los informes de salud mental de Colombia (2003), la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) y los índices de prevalencia e incidencia del DSM IV – TR (2002). La incidencia de la depresión infantil es del 3 al 5% y es una de las problemáticas de salud mental de la infancia que incrementa notablemente el riesgo de suicidio y de depresión severa en la adolescencia. Teniendo en cuenta que existe una relación entre la tristeza y los trastornos depresivos ya que la tristeza es uno de los principales síntomas de la depresión mayor y que además es un síntoma preliminar de la depresión en niños y niñas en edad escolar (Balcázar, Muñoz, Gurrola, Van Barneveld y Aguilar, 2005), se considera imprescindible para la prevención o la detección temprana de este cuadro clínico en la infancia y la disminución del suicidio en la adolescencia, identificar las características y los factores desencadenantes de la tristeza infantil (García, 2003). Es igualmente importante conocer cuáles son las estrategias de autorregulación emocional que utilizan los niños y niñas para afrontar la tristeza ya que éstas actuarían ya sea como factores de protección o como factores de riesgo del desarrollo de dicha patología internalizada.

Al considerar que tanto la depresión como el suicidio son de carácter multifactorial, podemos decir que sin tristeza no habría trastorno depresivo y que la depresión, a su vez, es un factor de riesgo primordial del suicidio. Cada uno favorece, de alguna manera, la génesis del otro; por ello, es im-

portante insistir en la prevención primaria y el tratamiento en etapas tempranas como la niñez y de manera diferencial, por género, a fin de disminuir las consecuencias de ambas problemáticas.

Los estudios de Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006; Campo, Roa, Pérez, Salazar, Piragauta, López y Ramírez, 2003 plantean que aproximadamente, el 90% de los suicidios están relacionados con un diagnóstico psiquiátrico y se evidencia una correlación entre el comportamiento suicida y la melancolía y que más del 50% de los suicidios es efectuado por personas depresivas. Por lo tanto, es frecuente que entre los factores protectores del suicidio en jóvenes, se encuentre “el sentirse bien a nivel emocional” (Campo, Roa, Pérez, Salazar, Piragauta, López y Ramírez, 2003, p.10).

El objetivo del presente artículo es elaborar una revisión que tenga en cuenta la relación que existe entre tristeza y depresión en niños para lo cual se abordará la tristeza como emoción primaria negativa y la depresión en la infancia, sus causas, los factores desencadenantes y de riesgo, la autorregulación emocional de la tristeza y se comentará algunos estudios que se han realizado en torno al género y las emociones.

Emociones y tristeza

Para tener una concepción precisa de la depresión infantil, es importante describir la tristeza, conceptualizarla, definir qué la causa y cuáles son los factores desencadenantes; además, es necesario indagar acerca de las manifestaciones, la frecuencia y la intensidad de esta emoción en los niños y niñas.

La tristeza forma parte de las emociones y abarca los sentimientos de soledad, apatía, autocompasión, desconsuelo, melancolía, pesimismo y desánimo, entre

otros. Se dice que la persona está triste cuando, a nivel cognitivo, se produce una falta de interés y de motivación por actividades que antes eran satisfactorias y se vislumbra la realidad desde un ángulo negativo; sólo se ve lo malo de las situaciones o, cuando a nivel conductual, la persona suele restringir las actividades físicas haciendo muy poco o nada, presenta modificaciones en las facciones faciales y en la postura (Vallés y Vallés, 2000).

En la literatura se puede encontrar una amplia gama de definiciones de la emoción; pero, para fines de este artículo, se asumirá la definición de Sroufe que describe la emoción como “una reacción subjetiva a un suceso sobresaliente” (2000, p.23) que incluye componentes cognitivos, conductuales, afectivos y fisiológicos. Esto implica que existe una relación entre el acontecimiento y la persona y que el mismo suceso puede desencadenar diversas reacciones emocionales en distintos individuos o en el mismo individuo en diferentes momentos de su vida. Por lo tanto, las emociones forman parte del ciclo vital del ser humano: intervienen en sus procesos evolutivos y se relacionan con las formas de actuar y con las experiencias del individuo (Greenberg y Paivio, 1999; Ortiz, 1999).

La tristeza, clasificada como emoción primaria, junto con la ira, el temor, la felicidad, el enfado, la sorpresa, el disgusto, se considera una emoción negativa (Goleman, 1995; Villanueva, Clemente y Adrián, 2000). Se ha de destacar que las emociones negativas duran más y son más frecuentes que las emociones positivas debido a que en la cotidianidad se suceden más hechos y situaciones frustrantes que satisfactorias (Vallés y Vallés, 2000). Ambos tipos de emociones, positivas y negativas, forman parte de la interacción con el ambiente;

a su vez, la persona las regula ejerciendo una determinada influencia en el comportamiento y el ajuste (Sroufe, 2000; Geunyoung, Walden, Harris, Karras y Catron, 2007). Es necesario controlar de alguna manera las emociones negativas para que no produzcan conductas desadaptativas o trastornos psicológicos en el individuo. Este control se ejerce mediante estrategias de autorregulación emocional.

Se considera que la tristeza ayuda al individuo a expresar la emoción que le provoca una situación de pérdida o decepción y favorece la reflexión y el autoconocimiento. Por lo tanto, a pesar de ser una emoción negativa, la tristeza presenta un lado adaptativo provocando la expresión de las personas y siendo útil para relacionarse con los demás, obtener sus cuidados y preparar al individuo frente al estrés (Greenberg y Paivo, 1999; Corbella, 1994).

Palmero, Fernández-Abascal, Martínez y Cholí (2001) también plantean que la tristeza tiene una función adaptativa para responder a eventos negativos y una función social para recibir apoyo y ayuda. Para estos autores, la tristeza está relacionada con la pérdida o el fracaso, actual o posible, de una meta valiosa, entendida como un objeto o una persona. Se puede experimentar la tristeza ante el recuerdo de una pérdida, ante la pérdida actual o ante la posible pérdida en el futuro (Power 1999, citado en Palmero, Fernández-Abascal, Martínez, y Cholí 2001). La estructura temporal de la tristeza puede ubicarse en el pasado, en el presente y en el futuro.

En general, la tristeza es provocada por la vivencia de la separación o la pérdida de vínculos afectivos, el fracaso en alcanzar metas importantes o la pérdida de autoestima, las guerras, los atentados entre otras causas (Bowlby, 1969, 1980; Corbella, 1994; Lazarus y Lazarus, 2000, Green-

berg y Paivio, 1999; Páez y Vergara, 1992). No son los acontecimientos en sí mismos ni la cantidad de acontecimientos lo que influye en los sentimientos de tristeza sino la interpretación que las personas hacen de éstos (Lyubomirsky y Tucker, 1998; Lazarus y Lazarus, 2000).

La tristeza en la infancia

Durante su desarrollo, el niño va teniendo cambios en la conceptualización, la expresión y las estrategias de autorregulación de la tristeza. Desde la segunda infancia hasta la preadolescencia, con los procesos de socialización, afectivos, cognoscitivos y del desarrollo del lenguaje hay un mejor conocimiento emocional y de los factores que generan la tristeza y hay una mayor autorregulación de la misma. Según Méndez (1998), en los niños de edad escolar es donde se observan períodos más largos y visibles de tristeza. Este autor plantea que la tristeza es una emoción adaptativa que está presente desde la infancia.

Los niños dicen sentirse tristes cuando creen que un resultado negativo es permanente y piensan que no pueden hacer nada al respecto y mantienen un sentimiento de impotencia (Levine, 1995).

En la infancia, la tristeza puede manifestarse con llanto, silencio, cambios en el tono de la voz, acortamiento de frases, enuresis, rechazo de la comida, cansancio o violencia (Del Barrio, 1997; Filliozat, 2001). Según Siverio y García (2005), los niños con altos niveles de tristeza presentan mayores desajustes con relación a sí mismos, a la escuela, a la familia y a la sociedad y proyectan su tristeza en todos los espacios de su vida. Estos niños suelen tener pensamientos negativos, mucho miedo y sufrimiento; vivencian conflictos internos y muestran mucha agresividad social.

Las causas y factores desencadenantes más frecuentes de tristeza en los niños son: vivir la separación o la pérdida real o imaginaria de los padres o de personas significativas (Ainsworth, Blehard, Waters y Wall, 1978, Palau, 2005; Bowlby, 1969,1980), el rechazo de los pares (Hymel, Bowker y Woody, 1993); la soledad (Stein y Jewer, 1989); la violencia y los problemas de adaptación en la escuela, entre otras (Filliozat, 2001). Según García y Siverio (2005), suele suceder que, en las familias los padres inhiban ciertas reacciones que producen satisfacción en el niño estableciendo ideales irrealizables porque se sienten amenazados por la individuación del hijo o que exhiban una constante actitud de rechazo; esto traería aparejada una sensación de tristeza en el niño. En cuanto al contexto educativo, es común que los fracasos académicos o los de adaptación pongan al niño triste.

Existen muchas discrepancias con respecto a las diferencias de género en cuanto la frecuencia e intensidad de la tristeza. Algunas investigaciones muestran que las niñas presentan mayor frecuencia e intensidad en la tristeza que los niños (Diener, Sandvik y Larsen, 1985; Fujita, Diener y Sandvik, 1991; Brody, 1984 en Siverio y García, 2007). Otras muestran que no hay diferencias de género (Larson y Pleck, 1999 en Siverio y García, 2007). Un estudio de Siverio y García (2007) confirma que las niñas adolescentes dicen sentir la tristeza en mayor frecuencia e intensidad de lo que las sienten los varones.

Siverio y García (2005) plantean que la depresión infantil está en aumento y que es necesario detectar tempranamente aquellos niños en edad escolar que sean más proclives a vivir frecuente e intensamente la tristeza ya que éstos suelen desarrollar problemas de in-

adaptación parecidos a los de los niños que han sido diagnosticados con depresión. Según estos autores, “autoperibirse frecuente e intensamente triste puede ser una señal de que se está iniciando una depresión”. Ellos proponen que la autoestima y la competencia social pueden funcionar como factores protectores de la depresión.

Por lo tanto, desde la infancia se evidencian diferencias de género en la expresión y factores asociados de la tristeza y en la prevalencia de trastornos como la depresión y el suicidio.

Depresión en la infancia

Aguilar (2002) plantea dos factores que se relacionan con el inicio de la depresión en los niños: los factores personales como la personalidad o el temperamento, la introversión, entre otros y los factores ambientales como la separación de los padres, depresión en los padres, cambios de la vida diaria, enfermedades, hermanos con problemas, conflictos familiares, exceso de expectativas paternas, accidentes, fracaso escolar, falta de competencias sociales, dificultades emocionales- afectivas con el género, abuso y maltrato infantil.

Algunos de los factores de riesgo desencadenantes de la depresión en niños más citados en la literatura son: madres depresivas e historia de depresión familiar, alcoholismo paterno, problemas prenatales, abuso infantil, fracaso en el rendimiento exigido por otros, falta de confianza en sí mismo, sentirse diferente a los pares, carencia de relación parental, pérdida temprana de familiares, problemas del ámbito escolar, que se le preste más atención a los aspectos negativos que a los positivos de la conducta del niño, alteraciones del lenguaje, dificultades específicas de aprendizaje, coordinación psicomotriz, déficit en habilidades de solución de pro-

blemas, en habilidades sociales y predisposición hereditaria o enfermedad física con trastorno neuroquímico persistente, entre otros Cicchetti, Schneider-Rosen, 1984; Cicchetti, Rogosch y Toth, (1994); Lewinshon, Roberts, Seeley, Rhode, Gotlib, y Hops (1994); Brent, Kolko, Birmaher, Bridge, Roth y Holder (1998).; Del Barrio, Frías, y Mestre (1994); Del Barrio (1997); Moreno, del Barrio y Mestre (1995); Bragado, Bersabé y Carrasco (1999).; Frost, Reinherz, Pakiz-Camras, Giaconia, y Lefkowitz, (1999) en Del Barrio (2000).

Para Del Barrio (2000, p. 16), “la depresión infantil es un trastorno que se manifiesta a través de un conjunto de signos y síntomas que afectan tanto el estado afectivo como la esfera cognitiva y la conductual en donde la experiencia subjetiva de tristeza es un punto central de la definición clínica”. Según Del Barrio, Mestre, Tur y Samper (2004, p. 2), la depresión es “un estado de ánimo de tristeza o melancolía acompañado de pérdida de interés por las cosas generando un gran sufrimiento personal y un elevado coste social”. Para García y Siverio (2005, p. 454) “la tristeza puede pasar de ser una emoción adaptativa o un malestar emocional pasajero a provocar depresión, dependiendo de la frecuencia e intensidad con que se viva puede interferir en el bienestar psicológico de las personas hasta llevarlos a desarrollar dicha patología.”

Es decir, que existe una relación entre la tristeza y los trastornos depresivos ya que la tristeza es uno de los principales síntomas de la depresión mayor. Además, es un síntoma preliminar de la depresión en niños en edad escolar (Balcázar, Muñoz, Gurrola, Van Barneveld y Aguilar, 2005).

Según datos de los informes de salud mental de Colombia (2003), la Organización Mundial de la Salud OMS (2002) y

los índices de prevalencia e incidencia del DSM IV – TR (2002), la incidencia de la depresión infantil es del 3 al 5% y es una de las problemáticas de salud mental de la infancia que incrementa notablemente el riesgo de suicidio y de depresión severa en la adolescencia.

Por lo tanto, es importante para la prevención de la depresión o la detección temprana de este cuadro clínico en la infancia y la disminución del suicidio en la adolescencia, identificar las características y factores asociados a la tristeza en niños (García, 2003).

En general, se han realizado pocos estudios empíricos en relación con la depresión infantil debido a la controversia sobre la existencia de esta patología en los niños. Por un lado, están aquellos que afirman que la depresión en los niños es análoga a la del adulto y, por otro lado, los que consideran que la depresión en los niños tiene características peculiares. Sin embargo, el consenso generalizado es que efectivamente se presenta depresión en los niños siendo una entidad clínica diferente de la del adulto pero cuyas características se pueden equiparar (Solloa, 2001). Esto se debe a que, actualmente, en el DSM-IV TR (American Psychiatry Association, 2002) se utilizan los mismos criterios para diagnosticar un episodio de depresión en niños o adultos. Los patrones sintomáticos para la depresión son muy similares a lo largo del espectro evolutivo (Kovacs, 1992; Lewinsohn, P; Roberts R, Seeley J; Rhode P, Gotlib H y Hobs H. 1999).

La depresión en niños y adolescentes puede presentarse como un conjunto de diferentes problemas clínicos. El sentimiento de infelicidad, el llanto, las reacciones de enojo, los cambios en el tono de voz y la capacidad de regulación emocional, generalmente, van más allá de la tristeza de

la niñez. Solloa (2001) plantea que los síntomas depresivos afectan cinco áreas de la personalidad en los niños: el área afectiva, el área motivacional, el área motriz, el área cognitiva y el área social. En el área afectiva predominan los sentimientos de culpa, desesperación y tristeza, entre otros; en el área motivacional prevalecen las conductas pasivas y dependientes, el área motriz, incluye pérdida del apetito, insomnio y fatiga, en el área cognitiva impera el pesimismo generalizado y en el área social hay una importante disminución de la interacción con los otros y conductas de aislamiento.

Por lo mencionado anteriormente, es importante destacar que entre la tristeza adaptativa, la tristeza desadaptativa y los cuadros de depresión hay diferencias y cambios a lo largo del ciclo vital y más durante la segunda infancia y la adolescencia. Conocer dichos cambios permite realizar evoluciones e intervención de manera diferencial y más eficiente.

Regulación emocional de la tristeza

Fox (1994) define la regulación emocional como “una habilidad para modular el afecto, al servicio del respeto a normas definidas social y culturalmente”. Para Thompson (1994) la regulación emocional implica procesos intrínsecos y extrínsecos responsables de evaluar y modificar las reacciones emocionales con el fin de atender a determinados objetivos. Según Ato, Gonzalez y Carranza (2004) la autorregulación es la capacidad que tienen las personas para modificar su conducta en virtud de las demandas de situaciones específicas. Morales (2006) plantea que la autorregulación emocional resulta una función vital para una mejor adaptación del individuo al medio y que esta función está afectada por factores como el ambiente que rodea a la

persona y su temperamento. Gross (1999), en Morales (2006), especifica que la autorregulación emocional incluye cambios tanto a nivel cognitivo, como conductual porque la emoción es multicomponencial.

Caycedo, Gutierrez, Ascencio y Delgado (2005), realizan una revisión de los factores que influyen en la adquisición de habilidades de regulación emocional y solución de problemas en niños de 5 a 6 años de edad y proponen que la autorregulación a los 7 años esta muy relacionada con el desarrollo cognitivo y del lenguaje y la efectividad de los programas de entrenamiento de la autorregulación emocional requiere del uso de claves medioambientales de la familia y de la comunidad académica. En las investigaciones de Eisenberg y Fabes (2000) y Rydell, Berlín y Bohlin (2003) en Caycedo, Gutierrez, Ascencio y Delgado (2005), se encuentran relaciones entre emocionalidad alta y baja regulación de emociones como la tristeza y la ira, con problemas para la adaptación y con altos niveles de conducta problema.

Delaney (2006), propone que la regulación emocional, el reconocimiento de las emociones y las estrategias de afrontamiento son importantes para evaluar e intervenir en niños y adolescentes.

A las estrategias de autorregulación emocional, se las clasifica por su grado de complejidad. Desde una perspectiva evolutiva, el niño avanza desde estrategias pasivas y primitivas, ligadas al estímulo y dependientes de otros, a formas de regulación más activas, sofisticadas y autónomas. El desarrollo de las estrategias de autorregulación emocional se asocia a factores endógenos y exógenos. El desarrollo de la autorregulación emocional en el niño es un proceso activo en el cual se da la transición de una regulación externa (realizada por el contexto social) a una regulación

interna en la que se interiorizan y asumen los mecanismos de control (Bridges, Grolnick y Connell, 1997).

Es importante que los niños identifiquen, comuniquen y regulen las emociones negativas para observar si tienen control de estas emociones (Shapiro, 1997) y, a la vez, es necesario conocer cómo manejan las emociones negativas, si lo hacen de forma efectiva o no poseen las habilidades para hacerlo de manera constructiva ya que esto incrementaría la sintomatología física y la psicopatología. Según Calkins y Johnson (1998), los niños con una alta emocionalidad negativa son más reactivos y muestran peor habilidad de autorregulación que los niños con una emocionalidad negativa más baja. Para mantener cierto bienestar emocional es imprescindible que el niño regule sus emociones negativas de una forma adaptativa (Zeman, Shipman y Penza-Clyve, 2001). Por consiguiente, la comprensión de la regulación de la tristeza en los niños permite intervenir de manera temprana y adecuada en aquellos casos en que existe una tristeza desadaptativa.

Las estrategias de autorregulación emocional que se encuentran en la población adulta e infantil son la evitación o la modificación de una situación, la distracción y la evitación mental del suceso negativo, la desviación de la atención hacia otra situación, el cambio de percepción del individuo sobre el acontecimiento penoso y por último la modulación de la respuesta emocional (Morales, 2006; Reijntjes, Stegge y Terwogt, 2006; Delaney, 2006).

Son escasos los estudios sobre la regulación de la tristeza en niños, se puede dar cuenta de ciertas investigaciones como la de García y Siverio (2005) quienes encontraron que las estrategias de regulación de la tristeza más frecuentes son la evasión y el aislamiento. También, Zeman, Ship-

man, y Suveg (2002) realizaron investigaciones con niños para examinar la relación entre el auto-reporte de la regulación de las emociones negativas de enojo y tristeza y la presencia de síntomas psicopatológicos internalizantes como la ansiedad y la depresión y externalizantes como el trastorno desafiante oposicionista y la agresividad. Estos autores han revisado tres aspectos de la regulación emocional: la capacidad para reconocer una experiencia emocional interna, el manejo de la expresión emocional (inhibición o exageración de una emoción) y las estrategias utilizadas para manejar las emociones negativas de una manera adecuada. Estos tres aspectos están relacionados con la psicopatología en la infancia. Los resultados de estos estudios indican que un bajo reconocimiento emocional predice síntomas internalizantes y que un estado emocional negativo que persiste puede resultar en depresión o ansiedad. En relación al manejo de las expresiones emocionales de la tristeza y la ira, estos autores encontraron diferencias y en relación a las estrategias de afrontamiento para emociones negativas (ira y tristeza) encontraron que los niños y adolescentes afrontan mejor la tristeza que la ira.

Harris, Olthof y Meerum Terwogt (1981), en Harris (1992), investigaron acerca del control estratégico de la emoción en niños de 6, 11 y 15 años y vieron que hasta los más pequeños se centran en alterar la situación o los procesos mentales asociados a la emoción y provocados por la situación para cambiar su estado emocional al plantear preguntas sobre la tristeza. La estrategia más utilizada por los niños pequeños es una actividad de distracción divertida o más placentera, la de los niños de 10 años era realizar alguna actividad o juego, algunos sin plantear una explicación cognitiva de las estrategias y

otros planteando de qué manera la actividad podía “apartar la mente de la emoción negativa”. Por otra parte, Reijntjes, Stegge, y Meerum (2006) realizaron estudios con niños de 10 a 13 años para observar la respuesta emocional anticipada y el afrontamiento anticipado frente al rechazo de pares en relación al género, los síntomas depresivos y la percepción de la competencia social llegando a la conclusión de que las estrategias de afrontamiento más representativas son de distracción conductual, conducta centrada en el problema y evaluación positiva. Los niños con altos síntomas de depresión reportaron más impacto negativo anticipado y menos utilización de las estrategias de afrontamiento y las niñas reportaron mayores niveles de tristeza anticipada.

Tener la capacidad para controlar las emociones, es decir, que el niño no acepte los acontecimientos cuando éstos provocan tristeza y que cambie intencionalmente el estado de ánimo, buscándose una actividad que lo alegre, le supone la posibilidad de fomentar y activar la aparición de las emociones positivas y regular las negativas. De todas formas, los niños saben que los acontecimientos que se producen luego de una situación emocional displacentera reducen la emoción previa más no la eliminan del todo (Harris, 1992). Por lo tanto, la autorregulación de la tristeza es importante en la medida en que el niño pueda afrontar con éxito los problemas sin caer en la depresión.

Por otra parte, es imprescindible enfatizar que entre los 8 y los 12 años los niños logran una comprensión más profunda de sus emociones ya que a estas edades están mejor capacitados para discriminar y describir sus sentimientos (Berti, Garattoni y Venturini, 2000). Los niños entre los 6 y los 8 años presentan

episodios prolongados de tristeza a veces asociados a cuadros depresivos, a ansiedad de separación, alteraciones del sueño, del apetito y de eliminación. Estos niños pueden verbalizar sus sentimientos de tristeza pero no expresan, como los mayores, los sentimientos de auto-desvaloración o de auto-desprecio y desesperanza. Finalmente, los niños menores de 6 años manifiestan la tristeza mediante un aumento de irritabilidad, llanto, hiperactividad o hipoactividad, pérdida de interés por actividades que antes les gustaban, insomnio y pérdida de apetito pero no pueden verbalizar (describir y expresar) sus emociones con palabras (Solloa, 2001).

Es importante destacar que, a partir de los 8 años, el episodio de depresión mayor tal como es descrito por el DSM IV TR (2002) suele encontrarse plenamente asentado en el niño. Por último, es importante tener en cuenta, por un lado, que muchos estudios encuentran diferencias de género en relación a las emociones. Por ejemplo, según Simon y Nath (2004), Grossman y Wood (1993), Kelly y Hustson-Comeaux, (1999), citados en Alcalá, Camacho, Giner Giner e Ibáñez (2006) existen diferencias entre hombres y mujeres en la frecuencia de la expresión de las emociones, tanto positivas como negativas, ya que las mujeres expresan más ciertas emociones negativas como ansiedad, miedo y tristeza que las emociones positivas y los hombres expresan más las positivas que las negativas. Otras investigaciones como las de Etxebarria, I, Apodaca, Eceiza, A. Fuentes, J. y Ortiz, M^a (2003), abordaron el estudio de las diferencias de género en la experiencia emocional positiva y la negativa, la regulación emocional, el conocimiento de las emociones y la conducta prosocial con los compañeros y encuentran puntuaciones

más altas en tristeza y conducta prosocial en las niñas. Y, por otro lado, es necesario saber que el género se vuelve un factor de riesgo para la aparición y el incremento de las patologías de tipo internalizado como son los trastornos ansiosos y depresivos en la adolescencia (Cova, Valdivia y Maganto, 2005, Stice, 2002 citado en Casullo, Cruz, Gonzalez y Maganto, 2003). Bragado y cols. (1995) en Fernandez, Martínez y Rodríguez (2000), dan cuenta que la depresión es uno de los trastornos más frecuentes en las mujeres junto con ansiedad y trastornos del sueño. Los estudios (Baron y Joly, 1988, Carter et al, 2000; Kornstein et al, 2000; Wilhelm et al, 2002; Kovacs, 2001 en Bennett, 2005) también sugieren que existen diferencias de género en cuanto a las características de la depresión reportándose en las mujeres adolescentes síntomas como aumento o pérdida del apetito y del peso corporal, problemas del sueño, de concentración, dificultades laborales, llanto, fatiga, insatisfacción corporal, somatización y sentimientos de fracaso y de tristeza y en los hombres presentándose mayor inhibición para el trabajo, aislamiento, insomnio y preocupación por la salud.

Conclusiones

Durante bastante tiempo, las investigaciones en psicología clínica infantil, se han orientado hacia el estudio de la depresión infantil: sus causas, factores desencadenantes y consecuencias. Sin embargo, pocos son los estudios que abordan el tema de la tristeza en niños y cómo ésta influye en el desarrollo y desencadenamiento de la depresión infantil. En los últimos cinco años, los investigadores han comenzado a interesarse cada vez más por el estudio de las causas, la frecuencia de aparición, la

intensidad y las estrategias de autorregulación de la tristeza en los niños buscando, de esta manera, intervenir tempranamente o preventivamente antes de que la tristeza desadaptativa se torne en depresión.

Aunque algunos estudios encontraron diferencias de género en la expresión, factores asociados y regulación emocional

de la tristeza en niños son pocos los resultados que describen diferencias específicas entre niños y niñas al respecto. El conocer estas diferencias es necesario para desarrollar a futuro programas de prevención, detección y tratamiento oportuno de la depresión en la infancia.

Referencias

- Aguilar, G. (2002). *Problemas de la conducta y emociones en el niño normal. Planes de ayuda para padres y maestros*. 6ª Edic. México: Editorial Trillas.
- Ainsworth, M., Blehard, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Nueva York :Erlbaum.
- Ato, E., Gonzalez, C. & Carranza, J. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20, (1), 69-79.
- Balcázar, Muñoz, Gurrola, Van Barneveld & Aguilar, (2005). La depresión como problema de salud mental en los adolescentes mexicanos. *Psicología.com* 9(2). Universidad Autónoma del estado de México.
- Berti, A., Garattoni, C., & Venturini, B. (2000). The Understanding of sadness, guilt, and shame in 5-, and 9 -year-old children. *Genetic, Social, and General psychology Monographs* 126(3), 293-318.
- Bowlby, J. (1969). *El apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J (1980). *La pérdida afectiva*. Paidós, Buenos Aires.
- Bragado, C., Bersabé, R. & Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11, 939-956.
- Brent, D., Kolko, D., Birmaher, B., Bridge, J., Roth, C. & Holder, D (1998). Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression. *Journal American and academy of child and adolescent psychiatry*, 37, 906-914.
- Bridges, L., Grolnick, W., & Connell, J. (1997). Infant emotion regulation with mothers and fathers. *Infant behaviour and development*, 20, 47-57.
- Brody, L. (1984). Sex and age variations in the quality and intensity of children´s emotional attributions to hypothetical situations. *Sex roles*, 11, 51-59.
- Calkins, S. & Johnson, M. (1998). Toddler regulation of distress to frustrating events: temperamental and maternal correlates. *Infant behaviour and development*, 21, 379-395.
- Campo, G., Roa, J., Pérez, A., Salazar, O., Piragauta, C., López, L., & Ramírez, C. (2003). Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Revista Colombia Médica*, 34 (1), 9 - 16.
- Casullo, M., Cruz, M., Gonzalez, R. & Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes: estudio comparativo. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*. 2 (16).

- Caycedo, C., Gutierrez, C., Ascencio, V., Delgado, P. (2005). Regulación Emocional y Entrenamiento en solución de problemas sociales como herramienta de prevención para niños de 5 a 6 años. *Suma Psicológica*, 12 (2), 157 - 173.
- Cicchetti, D. & Schneider-Rosen (Eds). (1984). *Childhood depression*. S. Francisco : Jossey-Bass.
- Cicchetti, D., Rogosch, F., & Toth, S (1994). A developmental psychopathology perspective on depression in children and adolescent. En Reynolds, W. & Johnston, H. *Handbook of depression in children and adolescent*. New York: Plenum Press.
- Corbella, J. (1994). Tristezas y depresión. Barcelona: Ediciones Folio SA.
- Del Barrio, V., Frías, D. & Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 471 - 476.
- Del Barrio, V. (1997). La depresión infantil. Causas, evaluación y tratamiento. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, V. (2000). La depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones. Aljibe: Málaga.
- Delaney, K (2006). Following the affect: learning to observe emotional regulation. *Journal of child and adolescent psychiatry nursing*, 19 (4), 175-181.
- Delaney, K. (2006). Following the affect: Learning to observe emotional regulation. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19, (4), 175-181.
- Diener, E., Sandvik, E. & Larsen, R. (1985). Age and sex effects for emotional intensity. *Developmental Psychology*, 21, 542-546.
- DSM IV TR (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. APA.
- DSM IV TR (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. APA.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Guthrie, I. & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78.
- Estudio Nacional de Salud Mental (2003). Ministerio de la Protección Social.
- Etxebarria, I., Apodaca, .Eceiza, A. Fuentes,J. & Ortiz, M. (2003). Diferencias de género en emociones y en conducta social en la edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*. 26 (2), 147-161.
- Fernandez, M., Martinez, R., & Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12 (004).
- Filliozat, I (2001). *El mundo emocional del niño*. Barcelona:Oniro.
- Fox, N (1994), Dynamic cerebral proceses underlying emotion regulation. In Fox, N (Ed) *The Development of Emotion Regulation: Biological and behavioural Aspects. Monographs of Society of Research of Child Development*, 59, 152-166.
- Frost, A., Reinherz, H., Pakiz-Camras, B., Giaconia, R & Lefkowitz, E. (1999). *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 370-381.
- Fujita, F., Diener, E., Sandvik , E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: the case of emotional intensity. *Journal of personality and social psychology*, 61, 427-434.

- García, M. Siverio, M. (2005). La tristeza en niños, adolescentes y adultos: un análisis comparativo. *Infancia y aprendizaje*, 28(4), 453-469
- Geunyoung, K., Walden, T., Harris, V., Karrass, J & Catron, T. (2007). Positive emotion, negative emotion and emotion control in the externalizing problems of school-aged children. *Child Psychiatry Human Development* 37:221-239.
- Goleman, D. (1995). *La inteligencia emocional*. Bogotá:Janer Vergar Editor.
- Greenberg, L. & Paivio, S. (1999), *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Grossman, M. & Word, W. (1993). Sex difference in intensity of emocional experience: a social interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (5).
- Harris, P. (1992). Los niños y las emociones. Madrid. Alianza.
- Hymel, S., Bowker, A & Woody, E. (1993). Aggressive versus withdrawn unpopular children: variations in peer and self-perceptions in multiple domains. *Child Development*, 64, 879-896.
- Kovacs, M. (1992). Children´s depresión inventory manual. Nueva Cork: Multi-Health Sistemas.
- Larson, R. & Pleck, J (1999). Hidden emotionality in boys and men. En D. Bernstein (Ed.), *Gender and motivation. Nebraska symposium on motivation*. Vol. 45, 25-74. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Lazarus, R. S & Lazarus, B. N. (2000). *Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
- Levine, L (1995). Young children´s understanding of the causes of anger and sadness. *Child development*, 66, 697-709.
- Lewinshon, P., Roberts, R., Seeley, J., Rhode, P., Gotlib, H & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology II: psychosocial risk factors for depression. *Journal of abnormal psychology*, 103, 302-315.
- Lyubomirsky, S. & Tucker, K. (1998). Implications of individual differences in subjective happiness for perceiving, interpreting and thinking about life events. *Motivation and emotion*, 22 (2), 155-186.
- Morales, G. (2006). El síndrome de Down y su mundo emocional. México: Trillas
- Moreno, C., Del Barrio, V. & Mestre, V. (1995). Acontecimientos vitales en adolescentes. Un estudio comparativo en dos niveles de edad. *Ciencia Psicológica*, 2, 18, 18-28.
- Ortiz, M. (1999). El desarrollo emocional. En López, F; Etxebarria, I; Fuentes, M y Ortiz M. Desarrollo afectivo y social. Madrid. Pirámide.
- Páez, D. & Vergara, A. (1992). Conocimiento social de las emociones: evaluación de la relevancia teórica y empírica de los conceptos prototípicos de cólera, alegría, miedo y tristeza. *Cognitiva* 4 (1), 29-48.
- Palau, S. (2004). *Sentir y crecer. El crecimiento emocional en la infancia*. Barcelona: Grao.
- Palmero, F., Fernández-Abascal, E., Martínez, F. & Cholí, M. (Comp.).(2001). *Psicología de la Motivación y la Emoción*. Madrid, España: Mc-Graw Hill.
- Reijntjes, A., Stegge, H. & Meerum, M. (2006). Children`s coping with peer rejection: the role of depressive symptoms, social competence, and gender. *Infant and Child Development* . 15, 89-107.

- Shapiro, L. (1997). La inteligencia Emocional de los niños. España: Grafo Ediciones.
- Siverio, M. & García, M. (2005). ¿Están las personas tristes más inadaptadas?: Variables que discriminan a los niños, adolescentes y adultos. *Psicognosis. Revista de evaluación e intervención psicoeducativa*, 10, 109-122.
- Simon, R. & Nath, L. (2004). Gender and emotion in the United States: do men and women differ in the self-reports of feelings and expressive behavior? *The American Journal of Sociology*, 109 (5).
- Siverio, M. & García, M. (2005). Inadaptación y autopercepción de tristeza en niños y adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58 (4), 425-451.
- Siverio, M. & García, M. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 23 (1), 41-48.
- Solloa, (2001). *Los Trastornos psicológicos en el niño, etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. Mexico: Editorial Trillas.
- Sroufe, A (2000). *Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años*. México: Oxford University.
- Stein, N. & Jewer, J. (1989). A conceptual analysis of the meaning of negative emotions: Implications for a theory of development. En Izard, C. & Read, P. *Mesurement of emotion in children* 2, 238-268. New York: Cambridge University Press.
- Thompson, R. (1994). Emocional regulation: A theme in search of definition. In Fox, N (Ed), *The Development of Emotion Regulation: Biological and behavioural Aspects. Monographs of Society of Research of Child Development*, 59, 25 - 52.
- Vallés, A. & Vallés, C. (2000). *Inteligencia emocional. Aplicaciones educativas*. Madrid: Ed. EOS, Madrid.
- Villanueva, L., Clemente, R. & Adrián, J (2000). La comprensión infantil de las emociones secundarias y su relación con otros desarrollo sociocognitivos. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 4, (3).
- Zeman, J.& Shipman, K. & Suveg, C. (2002). Anger and Sadness Regulation: prediction to internalizing and externalizing symptoms in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 31, (3), 393 - 398.
- Zeman, J., Shipman, K., & Penza-Clyve, S. (2001). Development and inicial validation of the children's sadness management scale. *Journal of Nonverbal Behavior*, Fall, 25 - 3.