

77
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA



ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LA DEPRESION
INFANTIL EN UN COLEGIO PARTICULAR PARA
INSTRUCCION PRIMARIA DE LA CIUDAD DE MEXICO.
ENSAYO DE LA
"CHILDREN DEPRESSION SCALE" (CDS),
VERSION ESPAÑOLA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A I
MA. TERESA GUTIERREZ ALANIS

ASESOR DE TESIS: DR. CARLOS M. CONTRERAS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

Resumen	5
Antecedentes	6
I. Depresión y Suicidio. Generalidades.	10
II. Historia del Concepto de Depresión.	18
III. Relación del Trastorno Depresivo y los Diferentes Aparatos y Sistemas del Organismo	25
IV. Neurofisiología de la Depresión. Sistema Límbico. ...	35
V. Neuroquímica de la Depresión.	38
VI. Depresión Infantil.	45
VII. Sintomatología depresiva en niños y adultos.	63
VIII. Pruebas para Medir Depresión.	69
IX. Reporte del Estudio.	74
X. Material y Métodos	77
XI. Resultados e Interpretación	83
XII. Discusión	109
XIII. Bibliografía	116

R E S U M E N

Hasta el momento no se ha descrito claramente, el síndrome depresivo en poblaciones infantiles. Aun, no existe una clasificación o cuadro clínico específico para estas poblaciones. Aunque, en el DSM-III-R, entre otros, se mencionan síntomas propios de los niños deprimidos. Además, se han realizado varios estudios para tratar de esclarecer el cuadro clínico de la depresión infantil y los trastornos asociados a esta.

En términos generales, se puede decir que la sintomatología esencial de la depresión es la misma para adultos, adolescentes y niños; pero, las diferencias se encuentran en los síntomas asociados, los que a su vez, cambian según la edad y grado del desarrollo del niño.

El objetivo del presente trabajo es aportar información acerca de la prevalencia de depresión infantil, estudiando una muestra de niños de Educación Primaria, detectando síntomas o rasgos depresivos mediante el uso de una prueba específica: Children Depression Scale (CDS), en su versión española. Además, de descubrir las posibles relaciones entre los rasgos depresivos y otras variables como: estabilidad familiar, aprovechamiento y comportamiento escolar, edad y grado escolar.

Del análisis de los datos obtenidos por la aplicación de la prueba de CDS, se tiene que: a) la prueba aplicada (CDS) parece tener buen rango de sensibilidad, pero sólo en niños que ya presentan algunos problemas de depresión. b) La prueba detecta algunos problemas no relacionados con la depresión. c) La consistencia interna de la prueba aparece cuando se han formado grupos. d) La prevalencia de depresión en la muestra estudiada corresponde a las cifras reportadas por otros autores.

Se sugiere que para estudios futuros de corte semejante, resultaría de interés la aplicación de baterías de pruebas que involucraran a los padres, a los maestros y, desde luego un grupo por formado por niñas. A pesar de lo anterior, el resultado de este trabajo sería en extremo satisfactorio si sirviera de antecedente para propiciar el estudio de este tema tan novedoso e interesante.

Antecedentes

Ocurre a veces, que un niño actúa diferente a los otros. Se aísla, es muy inquieto, irritable y tiene un deficiente aprovechamiento escolar. Los adultos a su alrededor pueden marginarlo al etiquetarlo como "niño problema". Pero al ahondar más en su historia aparecen otros datos, tales como cambios en los hábitos del sueño, de apetito, distracciones frecuentes, fatiga y molestias vagas (hipocondriacas) sin una causa fundamentada. Estos cambios suelen, en ciertos casos estar asociados a una situación familiar problemática o al antecedente de un familiar cercano que padezca o haya padecido de un trastorno depresivo. ¿Es posible que ese niño designado por todos como problemático sufra de un episodio depresivo?. Lo que es más, cómo se puede diferenciar la depresión en los niños de otros trastornos de conducta, aprendizaje o ansiedad?. Lamentablemente, a la fecha tales cuestionamientos, y muchos más al respecto, no han sido resueltos. Es casi seguro que una gran mayoría ni siquiera haya pensado en la posibilidad de que un cuadro depresivo se dé en la infancia. Sin embargo existen datos que sustentan tal suposición. En la última edición del DSM-IIIR (38), se establece que la irritabilidad es un síntoma de depresión infantil que puede tener como síntomas asociados, quejas somáticas, agitación psicomotora, alucinaciones congruentes con el estado de ánimo, trastornos por ansiedad en la infancia y fobias.

El trabajo que implica el definir un cuadro clínico o la sintomatología específica de la depresión infantil, se dificulta por la limitada capacidad de análisis y verbalización de sentimientos y pensamientos que es característica de los niños pequeños. Esto ha hecho que a la depresión infantil se le denomine "enmascarada", pero manifestada por medio de trastornos de conducta y/o equivalentes somáticos (4).

Tal vez, las primeras observaciones con respecto a la depresión infantil, pueden remontarse a 1958 con las afirmaciones de Rene Spitz (4). El detectó un cuadro parecido a la depresión, en los niños pequeños que eran separados de sus madres, al que denominó como depresión anaclítica. En los últimos años, se han estudiado poblaciones de niños y/o adolescentes, utilizando tests psicométricos que dan una medida de depresión (3, 7, 8, 10, 13, 14, 26, entre otros) e incluso usando la "prueba biológica de la depresión" (prueba de supresión por dexametasona : 21, 9, 24, entre otros) para establecer un cuadro sintomático específico de la depresión infantil y poder así diferenciarla de otros trastornos. En términos generales, se puede decir que el cuadro de depresión infantil comparte síntomas del cuadro clínico de la depresión en adultos, pero presenta además otros síntomas específicos a la edad.

Como se sabe, "la depresión es un padecimiento que altera la vida y afecta el talante orientándolo hacia la tristeza y el dolor

moral" (29). Los síntomas propios de la depresión pueden ser de cuatro tipos: trastornos afectivos, trastornos intelectuales, trastornos conductuales y trastornos somáticos (33). Se habla de un componente genético y otro ambiental de la depresión. Este último fundamentado en el incremento actual de la incidencia de trastornos depresivos en la población general y psiquiátrica (33). La depresión es, en resumen, una enfermedad que se puede considerar mortal, no sólo por el riesgo de suicidio implícito, sino porque la mayoría de los síntomas van en contra de las funciones vitales.

Esta tesis se inicia con una revisión de la generalidades de la depresión y el suicidio (Cap. I), continúa con el desarrollo del concepto de la depresión a lo largo de la historia (Cap. II). Después se plantea la relación de la depresión con los diferentes sistemas y aparatos del organismo (Cap. III). Se revisan algunos aspectos de la neurofisiología (Cap. IV) y neuroquímica de la depresión (Cap. V). Para después, abordar específicamente el tema de depresión infantil (Cap. VI). Pareció conveniente hacer comparaciones entre el cuadro sintomático de depresión en adultos y niños (Cap. VII) y revisar aunque someramente las pruebas más utilizadas para medir depresión en niños y adultos (Cap. VIII).

Todo lo anterior, sirve como marco de referencia para el presente estudio que busca asentar la prevalencia de depresión infantil en una muestra de niños de nivel primario de una escuela

particular de la Cd. de México. Los niños seleccionados cursaban 4°, 5° ó 6° de primaria y las edades iban de 9 a 13 años. Se utilizó como medida de depresión el Cuestionario de Depresión para niños: Children Depression Scale (CDS) (32). Además se obtuvieron datos adicionales de cada niño, tales como situación familiar, nivel socioeconómico, aprovechamiento y comportamiento escolares. Asimismo, las maestras de cada grupo contestaron una medida de ansiedad: IDARE (44) y otra de depresión: Zung's Depression Self Rating Scale (45).

El análisis estadístico de los datos incluyó Análisis de Varianza y Prueba de Correlación de Pearson. El reporte del procedimiento, método, resultados y conclusiones se integra en los últimos capítulos.

1. DEPRESION Y SUICIDIO. GENERALIDADES.

Se dice que en los años 40's y 50's, fueron las décadas de la angustia y los 60's, 70's, 80's y quizá, 90's son las décadas de la depresión.

Beck, en 1967 (cit. en 33) la denominó como la enfermedad de las paradojas, debido al enorme contraste entre la imagen que el paciente deprimido tiene de sí mismo y la realidad. En 1983, Urierte (cit.en 29) plantea que es la afección de la que se quejan más los pacientes psiquiátricos calculándose que en la población existen entre un 3% y un 10% de pacientes que presentan algún tipo de depresión, siendo la depresión larvada una de las más frecuentes.

El riesgo mayor que sufre el enfermo deprimido es el suicidio. En Estados Unidos los intentos de suicidio se han incrementado en forma alarmante, especialmente entre los jóvenes, y más aún entre las mujeres menores de 30 años. El promedio de vida de los pacientes deprimidos disminuye cada vez más. Antes de la Primera Guerra Mundial la "melancolia involutiva" se presentaba entre los 40 y 50 años; un estudio inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial reveló que la edad promedio era de 40 años; y estudios recientes en Estados Unidos indican que la edad promedio

de los pacientes deprimidos es de 30 años (33).

Dentro de la población general -aparentemente sana- se estima que del 3 a 15% de la población total presenta cuadros depresivos. Alec Coppen señala que aproximadamente un 8% de los hombres y un 16% de las mujeres de la población general pueden presentar un cuadro depresivo durante su vida (33). Según la OMS se calcula que en el mundo hay por lo menos 100 millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión.

Además, se ha determinado que la depresión endógena, es más frecuente en los adultos jóvenes de entre 20 y 25 años de edad y afecta más al sexo femenino (39).

En cuanto a la clasificación de la depresión, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incrementó en la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9) de 10 a 19 categorías que a nivel de cuatro dígitos podían corresponder a este cuadro, agregando una nueva categoría, la 311 para "trastornos depresivos no clasificados en otra parte", (cit. en 33). La X Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), incluye dentro de los trastornos afectivos, seis categorías que a su vez comprenden doce subtipos de trastornos depresivos. En el DSM-III los trastornos afectivos se clasifican en trastornos afectivos mayores, otros trastornos afectivos

específicos y trastornos afectivos atípicos, cada uno con dos categorías que a su vez incluyen subcategorías (cit. en 39). Recientemente, en el DSM-III-R (38) se clasifican como trastornos del estado de ánimo. La sintomatología esencial consiste en una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maniaco parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental, ni físico. Dentro del rubro general de trastornos del estado de ánimo se tiene el episodio depresivo mayor, de tres tipos: crónico, melancólico y patrón estacional, trastornos bipolares (mixto, maniaco y depresivo), ciclotimia y trastorno bipolar no especificado, y los trastornos depresivos que incluyen: depresión mayor (episodio único o recurrente), distimia (o neurosis depresiva) y trastorno depresivo no especificado.

La pérdida de un ser querido, una situación desfavorable, o el enfrentamiento a situaciones adversas pueden originar en cualquier persona un estado de tristeza, o pena moral que se espera ocurra dada una situación determinada. Es necesario distinguir entre tristeza, duelo, y depresión. La tristeza es una emoción corriente que va ligada a vivencias cotidianas. En el duelo existe una causa clara también, pero las manifestaciones emocionales son más intensas que en la tristeza. La duración e intensidad del duelo están determinadas por los rasgos de personalidad y los culturales de cada individuo (39). El duelo incluye tres periodos: el de desesperación, el de depresión y el de adaptación. Durante

el primero se presenta un estado de choque emocional con pérdida de apetito, insomnio, fatiga, inquietud o apatía, llanto y descompensación o agravamiento de las enfermedades preexistentes. La realidad de la pérdida puede no ser aceptada e incluso negada. El periodo depresivo trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar, e inhibición psicomotriz. El periodo de adaptación empieza cuando el individuo comienza a darse cuenta de la realidad y a fijarse nuevas metas. La duración del duelo es variable y va desde unas cuantas semanas a varios meses. Cualquier variación del cuadro, ya sea en la duración o la intensidad de los síntomas se considera depresión (33).

El cuadro clínico de la depresión (38) incluye un estado de ánimo deprimido (en niños y adolescentes pueden ser un estado de ánimo irritable), pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, esto es, aparecen durante la mayor parte del día, casi cada día, por un periodo de dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen alteraciones del apetito, del peso, del sueño y agitación o entrecimiento psicomotor, disminución de la energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio. Además de sentimientos depresivos, de malestar, desesperanza y desánimo con una expresión facial triste y

retraimiento o abandono del cuidado personal.

Los trastornos que caracterizan la depresión se pueden dividir en cuatro grupos: trastornos afectivos consisten en una indiferencia afectiva, tristeza, inseguridad, pesimismo, miedo, ansiedad e irritabilidad. Los trastornos intelectuales que, acompañan a la depresión consisten en una disminución de la sensopercepción y de la capacidad de la memoria, relacionado con una baja de la atención, ideas de culpa o fracaso y obsesividad de pensamiento. Los trastornos conductuales incluyen una disminución de la actividad y de la productividad, ideas o intentos suicidas y tendencia al abuso del alcohol y/o drogas. Finalmente, los trastornos somáticos, abarcan al sueño y apetito, disminución de la libido, cefalea tensional, trastornos digestivos y cardiovasculares entre otros (33).

El inicio de un episodio depresivo mayor es variable y los síntomas se desarrollan habitualmente en un periodo de días o semanas; no obstante, en algunos casos el inicio puede ser brusco (asociado a un estrés psicosocial grave). La duración es variable y va de seis meses a dos años (de tipo crónico). Siempre hay alguna interferencia en la actividad laboral o social. Finalmente, la complicación más grave de un episodio depresivo mayor es el suicidio (38).

En cuanto a las causas de la depresión, no existen factores etiológicos específicos completamente identificados. Aunque se tiene evidencia de ciertos factores genéticos, psicológicos, ecológicos y sociales (33). A los anteriores deben agregarse factores demográficos, psicosociales, transculturales y, dentro de los biológicos a los factores genéticos, neurofisiológicos, neuroendocrinológicos, metabólicos y neuroquímicos (4).

Para determinar el aspecto genético de la depresión se estudian los casos de pacientes depresivos en relación con algún pariente cercano (hermano, padre, hijo, gemelos homo y dicigóticos, etc.). Algunos autores han tratado de demostrar una vulnerabilidad específica a la psicosis maniaco-depresiva que aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma. Sin embargo, se puede decir que no solo existe la posibilidad de heredar la depresión sino también la forma de respuesta al tratamiento (33). Dentro de las causas psicológicas se tienen la pérdida de un ser querido, de una situación económica, de poder y en general de salud. También el estrés psicosocial puede determinar la aparición de un cuadro depresivo. Las causas ecológicas de la depresión son, la contaminación atmosférica, los problemas de tránsito y el ruido excesivo. Las causas sociales de la depresión serían la desintegración de la familia, disminución del apoyo espiritual de la iglesia, falta de vínculos con los vecinos y las migraciones, entre otros (33).

En cuanto al aspecto neurofisiológico, (4) implica al sistema límbico, en relación sobre todo con hipotálamo y el conjunto multisináptico talámico y más específicamente sus núcleos dorsomedial o anterior (el sistema intralaminar medio talámico, el orbitofrontal y del cíngulo y las conexiones talamocorticales). Si se intenta dar una explicación causal de depresión en un marco neurofisiológico, podrían revisarse las experiencias que permitieron delimitar la existencia en el cerebro de dos sistemas relacionados en teoría con el "placer" y el "dolor" y el fenómeno de autoestimulación. Las estructuras en las que se ha observado el fenómeno de autoestimulación consideradas como "áreas de recompensa" son: hipotálamo anterior, núcleo mesencefálico interpeduncular, cíngulo, amígdala y septum entre otros. Resulta tentador especular con que las zonas de recompensa formen parte de un mecanismo básico de los sentimientos elementales hedónicos, mientras que las aversivas serían el sustrato del displacer originado en diversas fuentes de insatisfacción, entre los que se contarían la angustia y la depresión.

Cabe mencionar que ciertas alteraciones del metabolismo de las aminas biógenas cerebrales se han relacionado con la depresión (4). Muchos estudios se han enfocado a la determinación de los niveles de algunos neurotransmisores. Sin embargo, uno de los enfoques más promisorios en la actualidad contiene con la estructura funcional de la sinapsis, de manera que una alternativa

viable es el estudio de las vías y conexiones sinápticas, neurotransmisores, los receptores encargados de la captura y funcionamiento del neurotransmisor y finalmente, la manera en que esta conjunción neurotransmisor-receptor actúa sobre la función de bombas y canales de la membrana neuronal, incluido el aspecto de los segundos y aun terceros mensajeros (39).

II. HISTORIA DEL CONCEPTO DE DEPRESION.

Aunque el cuadro patológico de la depresión fue descrito desde la época grecorromana como melancolía, Hipócrates (460-375 a.c.) clasificó las enfermedades mentales en manía, melancolía y frenitis. Además, empleó la mandrágora en el tratamiento de la melancolía (4). Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los llamados problemas de salud estaban relacionados con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. La melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis. (33) Asimismo, Hipócrates insistió en la vinculación de un temperamento especial con la propensión a padecer la enfermedad y reconoció la manía pero sin relacionarla con la melancolía (4).

En los primeros siglos de nuestra era, Celsus en su libro "De Re Medica" y Areteo de Cappadocia en "Enfermedades Agudas y Crónicas" hablaban de la manía y la melancolía como problemas médicos (33). Areteo no sólo relató con todo detalle la sintomatología de la manía y la melancolía sino que observó una conexión entre ambos estados. Entre las perturbaciones somáticas de la sintomatología melancólica señaló: "estreñimiento, oliguria, halitosis, pulso pequeño y ausencia de fiebre" (4).

Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico de la melancolía señalaba como síntomas principales la tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad (33).

Por otro lado, Galeno continuó desarrollando la teoría humoral, concidiendo en algunos aspectos con Hipócrates. Para él, el exceso de bilis negra se puede manifestar y desarrollar en diferentes regiones del organismo, originando nuevos síntomas. Con base en ello, identificó tres clases de melancolía: la afcción melancólica, localizada en el encéfalo; la afcción generalizada, donde la atrabilis pesa a la sangre de todo el organismo, incluyendo el encéfalo; y la afcción melancólica situada primitivamente en el aparato digestivo (hipocondría) que llega al encéfalo por acción de los vapores (4).

En la época precolombina, en el continente americano, se observa que no hay duda sobre el conocimiento de la depresión por parte de las culturas mesoamericanas. En los documentos legados por Sahagún consta que los médicos precolombinos, reconocían dos tipos de depresión, la Tlahuilolocooyotl o agitada y la Xolopiyotl o retardada. En apoyo a estas concepciones, recientemente se realizó un estudio en donde fueron analizadas una serie de figurillas precolombinas, en las que el autor indentificó diferentes tipos de depresión (cit. en 39).

Durante la Edad Media, Santo Tomas de Aquino, entre otros, sostenian que la melancolia era producida por demonios e influencias astrales (33). En aquel tiempo el estado depresivo se consideraba como consecuencia y casi como castigo de una existencia culpable. San Isidoro de Sevilla describe en sus "Sinónimos" los sintomas de la melancolia como: "angustia del alma, alteraciones del ritmo cardiaco, acumulacion de espíritus demoniacos en el entorno, ideas de persecucion y desesperanza del futuro" (4).

En el Renacimiento, el "Tratado sobre la Melancolia" de Timothy Bright, escrito en 1586, describe los sentimientos de los pacientes melancolicos con precision y detalle. De este tiempo tambien destaca el trabajo de Francisco Vallés que atribuia la melancolia a causas naturales y planteaba el desencadamiento ambiental del la misma (4).

Las creencias acerca de las influencias demoniacas o divinas para desarrollar estados depresivos, se abandonó con la publicacion del libro "Anatomia de la Melancolia" de Robert Burton (1630) en que identifica los estados depresivos (33). Burton mantenía una etiologia multifactorial para la melancolia, reconociendo la existencia de un continuo entre factores psicologicos y no psicologicos, destacando la herencia, la falta de afecto en la infancia y las frustraciones sexuales; además, hace referencia a la

alternancia de accesos hipertímicos y melancólicos (4).

Para los autores de la ilustración, la definición que prevalece es fundamentalmente intelectual: la melancolia es la dominación excesiva. Philippe Pinel en su tratado médico filosófico sobre la alienación mental (4), indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente) y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolia, señaló primero las psicológicas: miedos, desengaños amorosos, pérdida de propiedades y dificultades familiares y después las físicas: amenorrea y puerperio. (33).

Otros autores importantes del siglo XIX para la historia nosológica de la melancolia fueron Esquirol, Griesinger y Falret. Esquirol, discípulo de Pinel, propuso el término de lipemania en lugar de melancolia, ya que abraza un dominio heterogéneo con inclusión de la mayor parte de psicosis delirante. Y por otra parte, evoca una patología humoral inconstante. Señala las aflicciones morales como las causas más frecuentes de lipemania y el tratamiento moral como el más adecuado. Griesinger consideró que la depresión (Schwermurt) se debía básicamente a una trastorno funcional cerebral. Aunque reconoció la importancia de los factores psicológicos como precipitantes e identificó las

siguientes variedades: hipocondría, melancolía simple, melancolía con estupor, melancolía con tendencia destructiva (suicidio y homicidio) y melancolía con excitación persistente de la voluntad (4).

Posteriormente, Kraepelin en 1896 estableció la diferencia entre la psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz (esquizofrenia) (33). Sin embargo, la denominación de locura maniaco-depresiva no siempre es adecuada, pues en realidad se observan raras veces enfermos en los que se suceden alternativamente fases maníacas y depresivas y, por otra parte, resulta excesivo calificar con el término locura a la mayoría de los melancólicos (4).

Tiempo después los estudios genéticos hicieron considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, situación que prevaleció los primeros treinta años de este siglo. Por lo que, el paciente deprimido se calificaba de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves (33).

En 1963, Kurt Schneider considerando que sólo una minoría de los casos merece realmente el calificativo de maniaco-depresivo en la plena acepción fenomenológica del término, propone la denominación de "psicosis ciclotímicas" que ha tenido gran aceptación. (4) En 1976, Alonso Fernández propuso el término de

"psicosis fasotimica" que comprende la distimia vital, triste o eufórica y el curso fásico (4).

La proliferación de categorías clínicas tiene como base las distinciones entre lo endógeno de lo reactivo, lo psicótico de lo neurótico, lo fisiológico de lo psicológico y lo vital de lo personal (4). Ante el incremento mundial de la depresión en los últimos años y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos no incluidos en los cuadros psicóticos o neuróticos, se hizo necesaria una clasificación específica. Por tal motivo, los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecieron un nuevo grupo en la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9), que empezó a ser utilizada en enero de 1979. Este grupo se identifica con el rubro 311 y el nombre de "trastorno depresivo no clasificado en otra parte".

La X Revisión de la Clasificación Internacional (ICD-10), incluye dentro de los trastornos afectivos, seis categorías que a su vez comprenden doce subtipos de trastornos depresivos. En el DSM-III los trastornos afectivos se clasifican en: trastornos afectivos mayores, otros trastornos afectivos específicos y trastornos afectivos atípicos, cada uno con dos categorías que a su vez incluyen subcategorías (39).

Recientemente, en el DSM-III-R (38) la depresión queda clasificada como "trastornos del estado de ánimo". Dentro del rubro general de trastorno del estado de ánimo se tiene: el episodio depresivo mayor (crónico, melancólico y patrón estacional); trastornos bipolares (mixto, maniaco y depresivo), ciclotimia y trastorno bipolar no especificado; y los trastornos depresivos que incluyen, depresión mayor (episodio único o recurrente), distimia (o neurosis depresiva) y trastorno depresivo no especificado.

III. RELACION DEL TRASTORNO DEPRESIVO Y LOS DIFERENTES APARATOS Y SISTEMAS DEL ORGANISMO

La depresión no es sólo una afección de la vida psíquica de la persona, es una alteración del funcionamiento de diversos sistemas del organismo. Algunos autores (cit. en 4) han estudiado las medidas psicofisiológicas periféricas (actividad dermoeléctrica, salivación y flujo vascular) en relación con la depresión. Encontraron que en los casos de depresión reactiva se presentan más altos niveles de conductancia dermoeléctrica o respuestas de mayor amplitud; con diferencias en la actividad electrodérmica del hemicuerpo derecho o izquierdo. Esto último, de acuerdo con la hipótesis que enlaza la etiopatogenia de la depresión a una disfunción del hemisferio no dominante o dominante, concluyendo que la respuesta dermoeléctrica de los deprimidos es inferior en el lado derecho.

Respecto a las tasas de salivación, es conocida la queja habitual de los deprimidos, de sequedad de boca, circunstancia que se da también en situaciones de sobrecarga emocional. La mayoría de los estudios señalan una disminución del flujo salival en los enfermos deprimidos en comparación con los controles. Los estudios acerca del flujo sanguíneo en relación con la depresión arrojan que el diagnóstico de depresión, independientemente del grado de

ansiedad asociado, induce una disminución en el flujo sanguíneo. Además, se ha visto que los deprimidos inhibidos muestran un menor aumento en el flujo vascular tras situaciones de estrés psíquico experimental (4).

Algunos estudios (cit. en 39) reportan que en el deprimido aparece una mayor susceptibilidad a las infecciones, lo que revela alguna relación entre la disfunción cerebral responsable de la depresión con el sistema inmunológico. En relación a la población sana, en los hombres y mujeres deprimidos, la mortalidad es tres y dos veces más alta, respectivamente. Existe una mayor susceptibilidad de los pacientes deprimidos a desarrollar otras enfermedades y una tendencia alta a los accidentes y al suicidio.

En cuanto a los trastornos del aparato digestivo que se han relacionado con el estado depresivo, la mayoría de los tratados sobre el tema mencionan cuatro cuadros gastrointestinales que se relacionan con los factores psicológicos: el vómito psicógeno, la úlcera péptica, la colitis ulcerosa y el colon irritable (33). De los cuatro cuadros mencionados solamente el colon irritable se relaciona con un cuadro depresivo. El colon irritable, también conocido como colon espástico, colitis mucosa y diarrea nerviosa, es un síndrome que ha sido descrito por Drossman como "un trastorno en la motilidad del intestino que es modificado por factores psicosociales", pero se ha demostrado depresión

concurrente en un buen número de ellos (33).

El interés por el estudio de las alteraciones neuroendocrinológicas asociadas a los trastornos depresivos, es debido a la estrecha relación que existe entre hormonas, conducta y trastornos afectivos. Existen varias revisiones documentadas sobre el papel de las hormonas en la depresión (cit. en 4) ofreciendo hallazgos importantes. Uno de los cuales, versa sobre la relación entre depresión y la tasa de secreción de la hormona del crecimiento (GH). La hormona del crecimiento es segregada de modo pulsátil, coincidiendo los momentos de mayor liberación con las fases de ondas lentas y de movimientos oculares rápidos del sueño, con el descenso de las tasas de glucemia, el ejercicio y la ansiedad. Se ha encontrado que en algunos pacientes deprimidos cuando se inyecta insulina, aparece hipoglicemia, pero no hay cambio en los niveles de la hormona que caracteriza a este fenómeno. La menor respuesta de GH entre los depresivos se ha atribuido a un déficit central en las catecolaminas.

Las relaciones entre trastorno depresivo y disfunción tiroidea han sido muy estudiadas. Al respecto, se ha estudiado la estimulación hipofisiaria con el factor liberador de la tirotropina (TRH). Este tripéptido hipotalámico actúa a través del sistema porta sobre la hipófisis anterior, liberando tirotropina (TSH), prolactina (PRL) y en ciertos casos hormona del crecimiento (GH).

Se ha visto que en el deprimido no ocurre el fenómeno de liberación de algunas hormonas tiroideas que aparece en poblaciones sanas a las que se inyecta el factor liberador de estas hormonas (cit. en 39).

Se ha observado también, una disminución en los niveles plasmáticos de LH en postmenopáusicas con depresión (4). Cualquier trastorno psicocultural puede acarrear en el hombre serias alteraciones del funcionamiento sexual, tales como impotencia, eyaculación precoz o retardada y disminución de la libido. La disminución de la libido es el síntoma que con mayor frecuencia se presenta en el enfermo deprimido. Consiste en una baja del interés sexual y en una disminución consecuente de las relaciones sexuales y de la satisfacción obtenida (33).

Además, en la mujer se han relacionado diversos trastornos de la menstruación (dismenorrea, amenorrea y tensión premenstrual) con problemas psicopatológicos, todos estos casos se presentan en forma concurrente con el síndrome depresivo. Asimismo, el embarazo que no se presenta en situaciones de normalidad y aceptación social, puede producir severos cuadros depresivos. Otros trastornos sexuales relacionados con la inhibición de la respuesta sexual femenina como la frigidez, orgasmo insatisfactorio y otros, también se han relacionado con un trastorno emocional (33).

Para finalizar con el sistema endocrino, mencionaremos que una población sana los niveles circulantes del cortisol se elevan por la noche. Este aumento ultradiano de secreción es bloqueada cuando se administra un corticoide sintético, la dexametasona. En algunos pacientes deprimidos el fenómeno no aparece; la prueba es conocida como la "supresión por dexametasona" y para algunos autores, representa una característica de la depresión (39). Poznanski, Carroll, et al. (9) estudiaron la prueba de supresión por dexametasona en niños prepúberes deprimidos. Se aplicó la prueba en 18 niños para diagnosticar depresión correlacionando los resultados con diferentes criterios y escalas que miden depresión. Se encontró que 8 niños recibieron el diagnóstico de desorden depresivo mayor con subtipo endógeno y los niños no depresivos presentaron diversos problemas conductuales. De los niños depresivos, 5 tuvieron un resultado anormal y uno al límite de normalidad a la supresión por dexametasona. La sensibilidad de la prueba fue de 56% para desorden depresivo mayor y para los no deprimidos se observó el 89% de especificidad. Los resultados coinciden con los estudios en adultos, y sugieren su utilidad en niños prepúberes con trastornos depresivos.

Jaffe et al. (11) usaron la prueba de supresión por dexametasona para distinguir entre pacientes deprimidos con o sin melancolía. Encontraron que 3 de los 7 pacientes con melancolía fueron no supresores y el resto fueron supresores con o sin

melancolía. Lo que indica que la prueba no discrimina los pacientes depresivos con o sin melancolía. Otro estudio realizado con el fin de determinar la especificidad de la prueba de supresión por dexametasona en depresión infantil, arrojó resultados anormales a la misma en niños deprimidos y no deprimidos (21). En contraste con lo obtenido por Potnanski et al.(9), la prueba no identificó depresivos de no depresivos. Un estudio posterior (24) al determinar diferencias en niños deprimidos (desorden depresivo mayor, distimia o disforia) y no deprimidos apoya los resultados de Potnanski (9) en el sentido de que la prueba discrimina entre niños deprimidos y no deprimidos, pero no es capaz de distinguir los diferentes tipos de trastornos depresivos. En un estudio de 1989 (42) se hizo una revisión de 13 reportes que han usado la prueba de supresión por dexametasona en niños y adolescentes con desórdenes psiquiátricos. Para su análisis los datos se dividieron en dos grupos de edades: niños (5-12) y adolescentes (13-19 años). Se observó que la sensibilidad de la prueba fue más alta en los niños que en los adolescentes con desorden depresivo mayor (69.9% y 47.1%, respectivamente). Con base en estos resultados propusieron el uso de la prueba para diferenciar depresión de otros trastornos conductuales en niños y adolescentes. Sin embargo, más recientemente se ha puesto en duda la validez de la prueba de supresión por dexametasona como rasgo característico de depresión. Por ejemplo al menos en un estudio, la prueba no se relacionó con la evolución clínica de los pacientes (cit. en 39).

En los trastornos depresivos también se altera el sistema cardiovascular. Sabemos que las emociones agradables o desagradables desencadenan alteraciones funcionales que se pueden manifestar como cambios del ritmo cardiaco, de la frecuencia cardiaca y/o de la tensión arterial. En los casos de padecimiento cardiovasculares la respuesta emocional del enfermo puede agravar el cuadro, ya la angustia y/o depresión interfieren con la evolución satisfactoria de la enfermedad. Por otro lado, gran cantidad de enfermos hipocondriacos, ansiosos o deprimidos, presentan trastornos funcionales que los hacen pensar en la posibilidad de tener un problema grave cardiovascular. Dentro de una amplia gama, los trastornos del ritmo, la disnea nerviosa y las algias cardioráxicas de tipo tensional son síntomas frecuentes del enfermo deprimido. El cuadro es conocido como astenia neurocirculatoria y generalmente se presenta en el adolescente o adulto joven. Este cuadro es dos veces más frecuente en las mujeres y tiende a la cronicidad (33).

En el deprimido, también se encuentran alteraciones del sueño (cit. en 39). inclusive se ha propuesto que el acortamiento de la latencia de aparición del primer estadio REM del sueño, se puede considerar como una característica de la depresión endógena, por lo siguiente: a) El acortamiento de la latencia de la fase del sueño REM se presenta en la mayoría de los pacientes deprimidos que no han tomado medicamentos; b) Se ha observado en pacientes

esquizofrénicos con diversas alteraciones afectivas asociadas; c) está presente hasta la remisión de la sintomatología depresiva; d) es independiente de la edad y de los fármacos usados; y e) se presenta tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos que se atienden en consulta externa de depresión.

Es común observar, además del acortamiento de la latencia de aparición del primer estadio de sueño REM, un aumento de la densidad de movimientos oculares rápidos. Específicamente durante el primer periodo REM. Un aumento del número de veces que se despierta a lo largo de la noche, con disminución de las fases del sueño que se caracterizan por un EEG con ondas lentas, es decir, lo estadios 3 y 4 del sueño. Y, finalmente aumento de periodos de sueño REM (39).

Además en la depresión se presentan algunos transtornos respiratorios (33) y, los que están en relación más estrecha con la depresión son: el síndrome de hiperventilación y el asma bronquial (33).

Por otro lado, se acepta que la piel es un medio de expresión de nuestras emociones. Así tenemos, que ante una situación de tensión emocional se pueden presentar problemas de la piel como "neurodermatitis", prurito generalizado o localizado, dermatitis tóxicas y alopecia areata. La cefalea es un síntoma

frecuente; la posición de la cabeza refleja inconscientemente el fracaso o el éxito del individuo ante sus problemas. Por lo que ante la influencia de factores psicológicos diversos se presentan varios tipos de cefaleas: la vascular o migraña y la tensional. La cefalea tensional (muscular) es uno de los síntomas claves de la depresión (33).

Por último, se ha sugerido que la depresión se relaciona con los desórdenes en la ingesta de alimentos como son la bulimia y la anorexia nervosa. En un estudio reciente (1989) se hizo una revisión de las anomalías neuroquímicas de la anorexia y bulimia nervosas. Los autores (40) anotan que aun cuando estos desórdenes se consideran dos entidades distintas, es posible que compartan correlatos psicoendocrinológicos. Observan que algunos neurotransmisores y neuromodulares que están implicados en el control del SNC sobre la ingesta de alimentos tienen relación con los síntomas de depresión y ansiedad observados en pacientes con desórdenes en el comer. La anorexia nervosa se ha asociado con cambios en los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico y opiode. La bulimia nervosa se acompaña de alteraciones marcadas en la actividad de la serotonina y la norepinefrina. Se sugiere que estos cambios neuroquímicos pueden ser los responsables, de algunos síntomas psiquiátricos asociados, como pueden ser la depresión y la ansiedad. Además, se ha observado que en algunos casos el tratamiento con antidepresivos (tríciclicos, IMAO y otros) tiene

buenos resultados en los desordenes de bulimia y anorexia.

Otros estudios (36 y 41) han buscado esclarecer la relación entre bulimia y anorexia como trastornos depresivos; y han concluido que, tanto la bulimia/anorexia como la depresión deben ser consideradas como dos entidades clinicas diferentes aunque pueden ocurrir, en algunos casos, juntas.

IV. NEUROFISIOLOGIA DE LA DEPRESION.

El estudio del sistema límbico en relación a la depresión ha sido escasamente abordado (39). Con base en los hallazgos clínicos se ha observado que el paciente deprimido tiene dificultades para experimentar placer. En consecuencia la alteración subyacente podría ubicarse en los centros límbicos susceptibles del fenómeno de autoestimulación eléctrica intracraneal (AEI). En este sentido se ha demostrado que la tasa de AEI aumenta bajo la acción de antidepressivos tricíclicos o de inhibidores de la monoaminooxidasa (MAOs) en ratas pretratadas con amfetamina. Es decir, se requiere de una sensibilización del receptor catecolaminérgico. Sin embargo esta hipótesis aun aguarda más apoyo experimental.

En un intento por sistematizar el sustrato anatomofuncional de las emociones se ha propuesto que podrían estar reguladas por aquellas porciones del sistema nervioso que forman un circuito que involucra vastas áreas de la corteza cerebral y algunas diencefálicas. Este circuito recibió el nombre de sistema límbico para referirse a una serie de estructuras que involucran al hipocampo, al núcleo ventral anterior del tálamo, los cuerpos mamilares y la circunvolución del cíngulo. Poco antes de que recibiera el nombre de sistema límbico, se incluyeron otras estructuras como son la corteza orbitofrontal, la ínsula, la

corteza anterior del lóbulo temporal, los núcleos de la amígdala del lóbulo temporal, el núcleo dorsomediano del tálamo y finalmente los núcleos septales. Cabe destacar que las relaciones entre el séptum, el hipocampo y la circunvolución del cíngulo serían las responsables de expresiones conductuales diversas conducentes a la sociabilización. Mientras que las conductas relacionadas con la preservación de la especie -reproducción y alimentación- tendrían como sustrato a las porciones relacionadas con los núcleos amígdalinos.

En la actualidad el concepto de sistema límbico puede ser entendido como aquel formado por dos componentes. El componente medial quedaría vecino a las estructuras diencefálicas. A los lados y por debajo de estas estructuras se ubica el componente basolateral. La conducta adecuada estaría determinada por la interacción entre estos dos componentes. ¿Podría la depresión ser considerada como la consecuencia de una alteración de los circuitos responsables de la sociabilización? Especulando, las alteraciones del afecto podrían establecerse en caso de que las porciones en las que se da el fenómeno de AEI tuviesen modificada su función. También podría darse el caso de una hiperfunción del circuito antagonico, es decir, del componente basolateral.

Existen algunos resultados de tipo neurofarmacológico que apoyan la hipótesis de que las zonas en las que se da el AEI son

sensibles al tratamiento con compuestos y técnicas eficaces en el humano deprimido (46,47). En efecto las neuronas de los núcleos septales modifican su tasa de disparo conforme avanza el tratamiento con diversos antidepresivos en la rata. Este resultado puede ser interpretado como una acción específica de tales tratamientos en estructuras mediales del sistema límbico.

V. NEUROQUIMICA DE LA DEPRESION

Uno de los primeros estudios acerca de los aspectos bioquímicos de la depresión, fue realizado por Cameron en 1942 (33). Revisó los hallazgos bioquímicos relativos a la manía y a la depresión. Estableció las siguientes consideraciones: a) no existe una correlación entre el metabolismo basal y el estado de ánimo; b) la tensión arterial carece de relaciones con el estado de ánimo; c) la reacción de la tensión arterial ante la inyección de adrenalina muestra algunas diferencias entre el estupor y la excitación, pero no entre la elación y la depresión; d) la determinación de glucosa sanguínea después de la administración de efedrina, no reporta cambios significativos; e) la prueba de tolerancia a la glucosa no tiene relación con el cambio de la dirección del humor; f) la secreción salival de la glándula parotida es normal en enfermos maniacos y está disminuida en los deprimidos; g) la acidez gástrica aumenta en los estados maniacos y en las depresiones ansiosas y disminuye en las depresiones con componente de retardo. En cuanto al metabolismo de los electrolitos se ha demostrado que la cantidad de sodio permutable es mayor en enfermos deprimidos, lo que disminuye con el tratamiento. Se ha sugerido que este aumento de sodio ocurre principalmente dentro de los depósitos de sodio intracelular (33).

Pasando propiamente a la neuroquímica, en 1959, Everett y Toman (cit. en 33) postularon por primera vez la hipótesis de que las catecolaminas y la serotonina desempeñaban un papel importante en la depresión. Estudios posteriores han reforzado esta teoría que se basó en observaciones clínicas efectuadas con el uso de los medicamentos del tipo de la reserpina y los IMAOs. Se observó que la reserpina, entonces utilizada en el tratamiento de la hipertensión arterial, producía depresión en algunos pacientes, como consecuencia de la depleción que produce de los niveles de norepinefrina dopamina y serotonina en animales de laboratorio. Por su parte, algunos IMAOs que se empleaban en el tratamiento de la tuberculosis, producían un cierto efecto euforizante y una importante acción antidepressiva. La causa se atribuyó a que estas sustancias bloquean las acciones de las enzimas monoaminoxidasas (MAO), las cuales degradan a los neurotransmisores serotonina y noradrenalina.

Recientemente se ha demostrado que algunas sustancias antidepressivas de nueva síntesis, tienen la capacidad de bloquear la recaptura de las aminas neurotransmisoras.

Los IMAOs forman un grupo heterogéneo de drogas que tienen en común la capacidad de bloquear a la degradación que ocurre por desaminación oxidativa de las aminas biógenas. La MAO es una enzima que se localiza en la cara externa de las mitocondrias de

las terminales sinápticas que inactiva a las aminas naturales y a las sintéticas. Los sustratos de esta enzima son numerosos e incluyen a la serotonina, la noradrenalina, la dopamina, la adrenalina, la tiramina, la triptamina, la fenetilamina y la quinuramina. Además, existen dos tipos de MAOs. La denominada MAO-A inactiva mediante desaminación selectivamente a la serotonina y a la noradrenalina. La MAO-B tiene como sustratos a la fenetilamina y a la N-metilhistamina (39).

Se ha establecido que todos los antidepresivos tricíclicos como la imipramina y otros, bloquean la recaptura de serotonina y de noradrenalina. La acción sobre estos neurotransmisores es compartida por los IMAOs, lo que sugiere la participación de la noradrenalina y la serotonina al menos en las acciones de los antidepresivos de este tipo. Luego entonces al inhibir la degradación de los neurotransmisores aumentaría su disponibilidad (39).

La investigación de las aminas biógenas en relación con la depresión se ha orientado a las catecolaminas (noradrenalina y dopamina) y a la serotonina. Para su estudio se han utilizado medidas indirectas de las aminas o de sus metabolitos en los líquidos corporales. Algunos enfermos con trastornos maniaco depresivos tienen una excreción urinaria más baja de noradrenalina y de su metabolito, la normetanefrina, durante el episodio

depresivo y los niveles de excreción se elevan conforme avanza el tratamiento. El metabolito cerebral principal de la noradrenalina y la normetanefrina, es el ácido 3-metoxi-4 hidroxifenilglicol (MHPG). Diversos estudios han demostrado que la excreción urinaria de MHPG esta disminuida durante la depresión y los niveles alcanzan la normalidad en forma paralela a la recuperación clinica.

El metabolismo de la serotonina da origen al ácido 5-hidroxi indol acético (5-HIAA). Se han reportado concentraciones bajas de este metabolito en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los enfermos deprimidos. Además al analizar el tejido cerebral proveniente de necropsias de deprimidos, se encuentran concentraciones menores a la normalidad de este metabolito. Shopsin y Feiner (20) hicieron una revisión de la relación entre la serotonina y los estados de ánimo. Los estudios sobre la serotonina en humano, implican la evaluación de las concentraciones de este neurotransmisor en el LCR y la captura de imipramina en plaquetas. Los estudios postmortem de deprimidos muestran bajos niveles de serotonina y/o de sus metabolitos en zonas habitualmente ricas en este neurotransmisor, como sería el caso de los núcleos medio y dorsal del rafe. Al estudiar las concentraciones de 5-HIAA en el LCR se han encontrado resultados variables que van desde la ausencia de correlación entre función serotoninérgica y depresión, hasta niveles bajos de 5-HIAA en el LCR de enfermos deprimidos. En este sentido es importante mencionar que los niveles más bajos de este metabolito se

encuentran en deprimidos con alto riesgo de suicidio. A partir del estudio de ligando de imipramina en agregados plaquetarios, se sugiere que la captura de serotonina está reducida en pacientes con trastornos bipolares. Cabe mencionar que el sitio de ligado de imipramina en las plaquetas es compartido por la serotonina.

Los estudios farmacológicos son de tres tipos. Inducción de incremento de la síntesis de neurotransmisores; reducción de la síntesis de un neurotransmisor; y, uso de agonistas y antagonistas pre y posinápticos de los neurotransmisores. La administración de precursores de las monoaminas cerebrales modifica la síntesis de ese neurotransmisor. El precursor de la serotonina es el triptofano al cual se le han atribuido algunas propiedades antidepressivas, acciones que son potenciadas por la administración simultánea de IMAOs. Van Praag (cit. en 20) encontró que el subgrupo de pacientes deprimidos con niveles bajos de 5-HIAA en el LCR, responden favorablemente a la administración de triptofano. El precursor más inmediato de la serotonina, es el 5-hidroxitriptofano (5-HTP). También ha sido administrado experimentalmente en pacientes deprimidos por vía intravenosa, con resultados alentadores (20).

Van Praag (16) estudió las acciones de los precursores de síntesis de serotonina, dopamina y noradrenalina en el tratamiento de la depresión. La hipótesis es que si los precursores tienen

acciones positivas, rebelaría que el aumento de la función neuronal en sitios que emplean estos neurotransmisores constituye el mecanismo antidepressivo. En este sentido los resultados de la administración de triptofano son variables. Hay quienes reportan efectos parecidos al tricíclico amitriptilina. Por su parte la administración de 5-HTP se ha comparado en eficacia a la clorimipramina y la combinación potencia los efectos particulares. Además el 5-HTP fue más efectivo en pacientes con baja respuesta de 5-HIAA al probenecid en comparación a los sujetos con respuesta normal. Se ha sugerido incluso que el 5-HTP produce una respuesta eufórica en sujetos sanos. La L-tirosina se ha reportado como poseedora de acciones antidepressivas. Algunos estudios ilustran que la tirosina potencia el efecto antidepressivo del 5-HTP, a la vez que aumenta el metabolismo de las catecolaminas.

En cuanto a la L-DOPA se ha observado que influye en la actividad motora de los deprimidos, pero sin influir sobre el estado de ánimo. En cualquier caso son necesarios más estudios controlados.

En la actualidad existen fármacos que afectan específicamente diversos pasos de la síntesis, inactivación, recaptura y liberación de serotonina en el sistema nervioso. Hamon et al. (19) y Darraugh et al. (17) estudiaron al indalpine que es un bloqueador de la recaptura de serotonina y favorece entonces la

neurotransmision en las terminales que contienen serotonina. El indalpine se ha utilizado exitosamente en pacientes deprimidos y en algunos que sufren de dolor cronico.

Uno de los enfoques más promisorios contiene con la estructura de la sinápsis, de manera que una alternativa viable es el estudio de vias anatómicas, de sus conexiones sinápticas, neurotransmisores, receptores pre y posinápticos y finalmente de la forma en que al afectar estas porciones sinápticas se influye sobre el funcionamiento de las bombas y canales de la membrana neuronal, incluido el aspecto de los segundos y terceros mensajeros (39).

VI. DEPRESION INFANTIL.

La existencia de un síndrome depresivo en niños es motivo de controversia, debido a la dificultad para determinar una sintomatología precisa, dada la incapacidad de los niños para describir los síntomas. Entre los síntomas que se han considerado como integrantes del cuadro depresivo en niños, tenemos: fatiga, frecuentes actos de rebeldía, llanto, somnolencia, lentitud de pensamiento y de acción, pérdida de memoria, rendimiento escolar deficiente, pasividad o resistencia pasiva ante el estudio, distracciones, actitud taciturna o torturada, molestia y quejas hipocondríacas (dolores abdominales, cefaleas y dolor de garganta) (cit. en 33).

Los trastornos del sueño asociados a la depresión se han descrito con algún detalle en el Capítulo III. Lahmeyer et al., (15) investigaron si la depresión tiene las mismas consecuencias en cuanto a alteraciones del sueño en una muestra de adolescentes deprimidos. El estudio EEG reveló similitudes en cuanto a los cambios del sueño asociados a depresión, en adolescentes adultos: acortamiento en la latencia de REM y aumento en la densidad de REM lo que refleja el estado de ánimo y que es como un interruptor del mismo.

En el DSM-III-R (38) al enumerar la sintomatología del desorden depresivo mayor se hace distinción entre un estado de ánimo deprimido, para los adultos, y un estado de ánimo irritable para niños o adolescentes. Mas adelante se menciona que aunque los síntomas esenciales sean similares en niños, adolescentes y adultos, hay diferencias en cuanto a los síntomas asociados. En los niños de edad prepuberal son frecuentes las quejas somáticas, agitación psicomotora y alucinaciones auditivas congruentes con el estado de ánimo. En los niños son comunes los trastornos por ansiedad de la infancia (trastorno por angustia de separación, por ansiedad generalizada y por evitación en la infancia o adolescencia) y las fobias. En los adolescentes puede manifestarse conducta negativa o antisocial, consumo de alcohol y/o drogas, deseos de marcharse de casa, sentimiento de no ser comprendidos o aprobados, inquietud, mal humor, agresividad, resentimiento y poca cooperatividad en actividades familiares o escolares retraimiento, descuido del aspecto personal, aumento de emociabilidad y sensibilidad al rechazo en las relaciones amorosas. En un estudio previo al DSM-III-R se proponían estos mismos rasgos como síntomas asociados en la depresión de niños y adolescentes.

En términos generales, se dice que la depresión infantil es una depresión "enmascarada" que se caracteriza por trastornos de conducta y equivalentes somáticos; y que a medida que el niño crece aumentan los síntomas psíquicos y disminuyen los somáticos (4).

Una revisión breve de la historia del estudio de la depresión infantil (tomada de 4) tiene su antecedente en las descripciones de la depresión anaclítica. Fue Spitz, en 1958, quien describió la depresión anaclítica en niños hospitalizados y separados de sus madres, como un cuadro clínico muy grave. Por esa época, Harrington y Hassan describieron un síndrome depresivo que aparece de los 8 a los 11 años de edad. En este, hay crisis de sollozos, irritabilidad, abatimiento, temor a la muerte, quejas somáticas, pérdida de impulso y apetito y deficiente adaptación escolar. En 1971, Frommer notó que a la depresión en niños preescolares se asocian problemas como enuresis, anorexia, insomnio, molestias abdominales y ansiedad. Dos años después, Nisen describió la depresión en niños preescolares con anorexia, insomnio y llanto, como concurrencia de una situación prolongada de carencia.

Calderón Narvaez (33) hace la siguiente recopilación del tema. En cuanto a la depresión anaclítica, Leo Kranner, atribuyó el síndrome de autismo infantil a una falta de protección emocional por parte de las madres. Levy, estudió las consecuencias negativas de la sobreprotección materna en el desarrollo de la personalidad del niño. René Spitz, describió el hospitalismo en niños ubicados en un ambiente desprovisto de estimulación materna y la depresión anaclítica en pequeños que durante su infancia no reciben atención materna normal. John Bowlby, identificó tres fases de la depresión

anaclítica: protesta, desesperación y aislamiento, en niños que eran separados de sus madres, en los cuales se presentaba no sólo depresión sino otros tipos de psicopatología. También Calderón Narvaez (33) apunta que durante la segunda mitad de la infancia, la separación de la madre causa al niño pena y depresión anaclítica. Lo anterior puede determinar apatía y retardo en la maduración del niño, directamente relacionados con el tiempo que dure la separación y con la calidad del sustituto materno. La falta prolongada de estímulos afectivos interfiere, pues, con el desarrollo intelectual y emocional del niño. La expresión "anaclítica" es un término psicoanalítico que indica la dependencia del niño respecto de la madre para poder sentir bienestar. La depresión anaclítica es un síndrome que se presenta en los niños durante el primer año de vida si se les priva de las atenciones maternas adecuadas.

Como posibles causas de la depresión infantil tenemos la pérdida y/o separación de personas importantes, rechazo, maltrato, descuido, trastornos afectivos de los padres, relaciones conflictivas madre hijo y tensionantes físicos tales como, enfermedades crónicas en los padres o el niño.

En 1980, Leon et al. (1) estudiaron las perspectivas del niño, padres y maestros en la depresión infantil. Los autores examinaron los problemas de conducta asociados con la depresión en

niños de escuela elemental, evaluando las posibles similitudes entre la depresión infantil y en adultos. Se buscaron los siguientes rasgos asociados de la depresión en adultos: deficiencias de ejecución motora y cognitiva, atribuciones y expectativas en cuanto a aspectos intelectuales e interpersonales, que como se ha observado, la tendencia en los adultos deprimidos ha sido el atribuir a factores internos los problemas o fallas que les ocurran. La muestra se extrajo de un población de 302 niños de 3° a 6° grado de educación elemental; obteniéndose dos grupos (deprimidos y no deprimidos) con 21 niños cada uno y una media de edad de 10.9 años. Se emplearon varias escalas que midieran los rasgos de interés, las cuales se aplicaron a niños, padres y maestros. Los resultados indican que los padres reportan como característica principal de los niños deprimidos la alta frecuencia de problemas de conducta. Mientras que los maestros reportan más conductas de inatención y de pasividad. El grupo de deprimidos observó más conductas problema, ansiedad, alternancia de impulsividad e hiperactividad, problemas de aprendizaje, trastornos psicósomáticos, perfeccionismo y tensión muscular. Además, se observó un efecto significativo del grado escolar. En cuanto a problemas de conducta, ansiedad, e impulsividad-hiperactividad. Se concluye que la sintomatología de la depresión infantil guarda similitud con la depresión en adultos con la diferencia de presentar otras conductas asociadas que pueden ser la manifestación del desorden.

Lewis y Lewis (5) propusieron una perspectiva biopsicosocial en el estudio de la depresión infantil. Esta hipótesis mencionada por Toolan, propone las siguientes causas de depresión: 1. Genética; 2. Correlato bioquímico, de acuerdo con la teoría bioquímica de Mandell que dice que el estado depresivo continúa, aún resuelto el conflicto neurótico, debido a que el sistema nervioso de los niños es vulnerable a cambios en el balance bioquímico; 3. La experiencia temprana de pérdida, abandono y deseo insatisfecho y 5. La influencia ambiental. Christ et al. (6) exploraron los síntomas clásicos y enmascarados de la depresión en relación con el diagnóstico. La población estudiada fue muy numerosa: 10 412 niños y adolescentes admitidos en un hospital psiquiátrico en un periodo de 20 años (1957-1977). Del total de la muestra un 8% recibió diagnóstico de depresión y un 14% lo obtuvo sumado a otros padecimientos. Las conductas consideradas como síntomas enmascarados de depresión fueron: agresión seria, comportamiento incontrolable o indeseable en la comunidad, la casa o la escuela. Los resultados indican que para los sujetos con diagnóstico de depresión solo los síntomas clásicos fueron significativos y no los enmascarados que fueron más frecuentes en el resto de la muestra. Lo que sugiere que los síntomas enmascarados no se asocian con un diagnóstico de depresión necesariamente, aunque pueden ser tomados en cuenta.

Lesse (3) estudió la depresión enmascarada en una muestra de adolescentes. Refiere que la hipocondriasis y los desórdenes psicósomáticos son los síntomas más frecuentes de depresión enmascarada. En el caso de los niños implicaría flojera, aburrimiento, actos antisociales, fobias y bajo rendimiento escolar. En niños mayores se incrementa la frecuencia de manifestaciones sociopáticas. La hipocondriasis y los trastornos psicósomáticos son poco frecuentes en niños pequeños aunque pueden presentarse como: dolores de cabeza, tics, quejas abdominales, náusea y vómito. Entre los adolescentes y niños y mayores los síntomas son muy semejantes a la depresión del adulto. Los trastornos psicósomáticos son síntomas de depresión frecuentes en el paso de la adolescencia y de la edad adulta temprana. Se estudiaron 1411 adolescentes con depresión enmascarada de 13 a 14 años en una razón hombre:mujer de 1:12, la cual difiere a la distribución de sexos que se observa en adultos (1:2.7 ó 1:14), en un período de 10 años (1970-1980). Los resultados indican que entre los rasgos de personalidad observados en los adolescentes estaban: perfeccionismo, meticulosidad, agresividad, autocrítica y reacción negativa ante el fracaso. Los sentimientos de desesperanza de los adolescentes fueron menos frecuentes (20.1%) que en los adultos (66.4%). También hubo diferencias en cuanto a las ideas e intentos suicidas en que un 10.6% de los adolescentes las presentaron contra un 45.5% de los adultos deprimidos. Se notó que a presión de cubrir las altas expectativas de sus padres los

llevó a presentar los síntomas hipocondríacos y psicósomáticos como un "pretexto". Muchos de los padres de los muchachos presentaban síntomas similares. Concluye que los factores desencadenantes de la depresión enmascarada en los adolescentes pueden ser parecidos a los de los auditos.

Billings y Moss. (12) hicieron comparaciones de hijos de padres deprimidos con hijos de padres sin patología afectiva. Muchos datos sugieren que los padres con trastornos psiquiátricos representa un factor de riesgo que incrementa la vulnerabilidad en los niños para presentar algún tipo de psicopatología. Además, desde su perspectiva social-ambiental, proponen que las características de los padres y el ambiente social son codeterminantes en la salud del niño. En cuanto las características de los padres están la severidad y ajuste al trastorno y las diferencias de pareja. Entre los factores ambientales se observan problemas económicos y familiares. Se ha visto que los efectos mayores de la depresión de los padres en los hijos es al inicio de ésta debido al descontrol que genera la búsqueda de adaptación a la situación. El grupo de padres deprimidos incluyó 132 (43 hombres y 99 mujeres) pacientes psiquiátricos (internos y externos) y la muestra control se extrajo de la comunidad y era equivalente. Los resultados muestran que los hijos de padres deprimidos presentan más problemas físicos, psicológicos (depresión y ansiedad), conductuales y de relaciones

interpersonales que los hijos de padres no deprimidos. Se observaron mas problemas de los hijos de pacientes no crónicos. Las familias de padres depresivos se caracterizan por menor cohesión y expresividad y mayor conflicto. En ambos grupos el estrés alto y la falta de apoyo familiar se asociaron con problemática elevada en los hijos.

Blumberg (8) estudió la depresión en niños víctimas de abuso y rechazo. Menciona que el abuso de niños y su efecto en trastornos de conducta tienen que ver con la depresión enmascarada. La depresión en estos casos involucra privación, incertidumbre y ansiedad en la relación con los padres y confusión. Se ha observado una relación estrecha entre desarrollo cognitivo y afectivo por lo que la depresión varía de acuerdo al desarrollo del niño, en sus manifestaciones y sintomatología. Como consecuencia del descuido y maltrato, se observan cambios de los patrones de alimentación y sueño. Los padres de niños maltratados, presentan una depresión subyacente y su violencia externa tiene una contraparte de violencia interna. Se han notado cambios en el crecimiento, desarrollo e inteligencia asociados al estrés o a problemas emocionales. En cuanto al incesto y abuso sexual, se dice que los niños que han sido víctimas de esta situación no desarrollan depresión infantil, sino que pueden ser susceptibles a desarrollar una depresión en la adolescencia o en la edad adulta. Aunque podrían presentar, en caso de abuso sexual repetitivo,

trastornos en la alimentación, del sueño y de los niveles de actividad. Ante la dificultad para expresar sus preocupaciones se puede originar una depresión enmascarada con; enuresis, fobias, pesadillas y ansiedad. Finalmente, del suicidio en niños, refiere que muchas veces los intentos suicidas se confunden con accidentes o descuidos propios de los niños y que son mas que un intento por quitarse la vida, una llamada de atención o una petición de ayuda.

Jacobsen et al. (10) buscaron los correlatos conductuales para los trastornos depresivos en una población de niños normales. Muchos estudios han reportado la depresión infantil asociada a otros problemas de conducta. Incluso los padres de niños deprimidos los definen como más problemáticos en conducta. La muestra incluyó 109 niños normales que cursaban de 2° a 7° de educación elemental (50 niños y 59 niñas). Se aplicaron escalas a niños y maestros explorando diferentes síntomas. Los resultados indican que la depresión se correlacionó con quejas somáticas e impopularidad. En general las correlaciones fueron más altas para las niñas que para los niños. Los resultados parecen ser consistentes a la noción de que los estados depresivos pueden ser secundarios a otros problemas de conducta. Además al comparar los resultados obtenidos es una muestra normal con los datos de poblaciones psiquiátricas se encuentran muchas similitudes.

Feinstenín et al.. (23) estudiaron la sintomatología depresiva en una muestra de niños pacientes psiquiátricos externos, y la correlacionaron con el diagnóstico. Para lo cual, se emplearon 224 niños (143 hombres y 81 mujeres) de 4 a 16 años de edad. Se aplicaron a padres y niños escalas que miden sintomatología depresiva y trastornos conductuales. Los diagnósticos se obtuvieron conforme a los criterios del DSM-III. Del total de sujetos 46 tuvieron un diagnóstico de depresión (depresión mayor, distimia o desórdenes de ajuste con ánimo deprimido como rasgo), 68 fueron diagnosticados con desorden de conducta y 55 con desorden de déficit de atención. Los puntajes más altos de la escala que midió depresión (Belleveu Index of Depression: BID) fueron para los diagnosticados con depresión, seguidos de los desórdenes somáticos y de conducta sin déficit de atención. La relación entre trastornos conductuales y depresión sólo fue significativa en tres casos. A pesar de eso, se concluye que la depresión infantil va acompañada de trastornos conductuales y que se requiere una discriminación precisa entre ambos.

Kazdín et al. (26) examinaron las conductas manifiestas y la depresión en una población de niños hospitalizados psiquiátricamente. El objetivo fue definir cómo estas conductas se relacionan con las medidas de depresión aplicadas a niños y sus padres. El diagnóstico se basó en el criterio del DSM-III. La muestra incluyó 62 niños (11 niñas y 51 niños) y sus padres o

tutores. Se registró la conducta de los niños sin intromisiones. Tres áreas fueron conservadas: actividad social (hablar, jugar, participar en un actividad grupal e interactuar con el staff); conducta solitaria (jugar solo, trabajo en tarea académica, mirar y oír, ordenar su cuarto y autocuidado); y expresión de afecto (sonreír, fruncir el ceño, argumentación y quejas). Los resultados indican que la interacción social fue altamente correlacionada con expresión de afecto y que la conducta solitaria no se relacionó con ninguna de las otras dos. Se observó poca relación entre las medidas de depresión de padres y niños. Al comparar el diagnóstico con las conductas manifiestas sólo se encontró relación entre depresión mayor y niveles bajos de expresión afectiva. Los niños deprimidos son significativamente menos activos socialmente y exhiben las otras conductas sólo en los reportes de los padres. En los reportes de los niños aparecen otros rasgos como: desesperanza, baja autoestima e ideación suicida.

De manera similar, de Kazdin et al. (31) estudiaron una población de niños hospitalizados psiquiátricamente de 7 a 13 años de edad, con diagnósticos diversos de depresión. En el estudio se buscó evaluar la relación de las escalas que miden depresión (padres y niños) y el diagnóstico de desórdenes depresivos. Los resultados indican que los puntajes en las escalas que miden depresión fueron significativamente más altos para los diagnósticos de depresión. Se observó que los puntajes presentados en los

padres fueron más altos que en los niños. En el 60% de los casos coincidieron los puntajes altos de las escalas con el diagnóstico. Por último, se observó que la combinación de varias escalas aumenta la sensibilidad, especificidad y precisión en la clasificación.

Más recientemente, Kashani et al. (43) revisaron el desarrollo de los síntomas depresivos en una muestra de niños y adolescentes normales. El propósito del estudio fue describir los síntomas depresivos en tres grupos de edades: 8, 12 y 17 años y definir que ítems de las escalas que miden depresión, se relacionan más cercanamente a una medida cuantitativa de la misma. La muestra estudiada consto de 210 niños y adolescentes que asisten a escuelas públicas. Se observó que algunos síntomas decrecen en frecuencia con la edad, estos son: no prestar atención a las cosas usuales, quejas somáticas (dolores de estómago), pesadillas, pensamientos negativos de impotencia para conseguir más que los otros y no intentar lograr algo por pensar que es imposible o inútil intentarlo. Por el contrario, algunos síntomas se incrementan con la edad, como son: sentirse más cansado que antes, no prestar importancia a las amenazas de daño físico, agitación o hiperactividad al estar triste, irritabilidad, desagrado por salir a jugar, carecer de energía, sentirse muy aburrido y tener pensamientos confusos o poco claros respecto al futuro. Además, los puntajes de la escala de ansiedad decrecen conforme la edad se incrementa. Por último, los niños mayores lloran con menos

frecuencia y tienen una actitud culpable y autopunitiva, misma que se hace mayor conforme el niño se acerca a la adolescencia.

Se ha mencionado en varias ocasiones que existe una relación entre la función cognitiva y la sintomatología depresiva. Muchos autores han afirmado que, en adultos deprimidos ocurre un déficit en la solución de problemas cognitivos. Al respecto, Kaslow et al. (14) correlacionaron los síntomas depresivos con déficit en la solución de problema cognitivos, en una muestra de niños normales. Se observaron 46 niños de 9-11 años (19 niños y 21 niñas) que cursaban el 4° y 5° grados de educación elemental. Se compararon los puntajes obtenidos en escalas que miden depresión con puntajes y ejecución de escalas que incluyen la solución de problemas (diseño de bloques y anagramas). Los resultados muestran correlación significativa entre altos puntajes de depresión y lentitud o dificultad para resolver problemas.

Otro estudio buscó relaciones similares, pero ahora en una población psiquiátrica (13). Además de buscar una relación entre severidad de la depresión y disfunción cognitiva se observó la influencia de la edad en esta relación. La muestra incluyó 289 pacientes de 17 a 88 años en que el 47% eran hombres y el 53% mujeres. Para toda la muestra se obtuvo una relación positiva entre los puntajes cognitivos y los de depresión. No se observaron efectos claros de la edad. En 1986, McGee et al., (30) realizaron

un estudio en el que participaron 792 niños de 11 años de edad y se empleó una entrevista estructurada (Diagnostic Interview Schedule for Children: DISC) que según los criterios del DSM-III mide depresión mayor/distimia e inatención/impulsividad. Los resultados indican que son la inatención y la pobre concentración asociadas a la depresión más que la depresión como tal, las responsables del déficit en tareas cognitivas.

En cuanto a lo que al suicidio se refiere, Toolan (7) hizo una revisión del tema. Propone que la depresión depende del desarrollo, de acuerdo con Lewis (5) y de la relación de dos entidades básicas: depresión y ansiedad que se confunden y fluctúan de una a otra. Como causas de depresión sugiere la pérdida del objeto amado, la pérdida de un sentimiento de bienestar previamente experimentado influyendo en las reacciones la edad y el grado de integración del ego del individuo. Del suicidio, menciona que es una de las causas más frecuentes de muerte en niños y adolescentes y que, lamentablemente, la mayoría de las veces son confundidos como accidentes. Pfeffer (2) evaluó el sistema familiar de los niños suicidas. Algunos autores coinciden al afirmar que la conducta suicida en los niños no es un síntoma personal sino familiar. Este estudio identificó las características organizacionales del sistema familiar de niños psiquiátricamente hospitalizados por intentos de suicidio. Se encontró que los rasgos de estas familias son: falta de límites

generacionales (conflictos no resueltos de los padres con sus propios padres): relaciones maritales muy conflictivas; sentimientos de los padres proyectados en su hijo; relación simbiótica padres hijos; y sistema familiar inflexible. El suicidio sobreviene como una forma de escape o replanteamiento de la organización familiar. Las percepciones hostiles a sus padres son introyectadas por el niño quien las asume y genera percepciones negativas de su persona. La conducta suicida es la manifestación de todo ello.

Robbins y Alessi (28) analizaron los síntomas depresivos y la conducta suicida en una muestra de adolescentes. Según un dato de Holinger, citado por ellos, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes, duplicándose de 1961 a 1975. Se han observado los siguientes factores implicados en la conducta suicida en adolescentes: edad, ambiente problemático, enojos, abuso sustancial y diagnóstico de desorden afectivo. La muestra estudiada incluyó 64 adolescentes (27 hombres y mujeres) de 13 a 18 años hospitalizados psiquiátricamente. Los resultados indicaron que las mujeres presentaron más intentos de suicidio; que los hombres tuvieron intentos clínicamente más peligrosos y que en general, los sujetos que presentaban intentos de suicidio fueron de más edad. Los antecedentes predictivos de suicidio fueron, depresión (25%-35%) y abuso de alcohol (25%). Finalmente, dentro de los síntomas más significativos para determinar riesgo de

suicidio, de acuerdo con el DSM-III, se encuentran los rasgos del desorden depresivo mayor: peor humor por la mañana, retardo psicomotor y pérdida de peso. Además de sobreactividad, ira y abuso de alcohol y/o drogas.

En 1986, Bettis y Walker (43) identificaron los síntomas asociados a la conducta suicida en niños y adolescentes. La muestra estudiada fue de cerca de 8,000 niños de raza negra quienes eran pacientes externos de diferentes instituciones psiquiátricas. El número de niños fue mayor que el de niñas, los cuales presentan estado de ánimo deprimido, ira, ansiedad, actos antisociales, paranoia y problemas del sueño. Los síntomas asociados al acto y/o ideas suicidas varían en función del sexo y el riesgo y frecuencia de la conducta suicida se incrementan con la edad. Asarnow et al., (37) evaluaron los factores asociados a la depresión y al suicidio en niños de 8 a 13 años hospitalizados psiquiátricamente (12 mujeres y 18 hombres). La conducta suicida se asoció con una tendencia de los niños a percibir a sus familias como estresantes, bajas en control y cohesividad, que ofrecían poco apoyo y control, pero ricas en conflictos. Se observó, también que los niños suicidas generaron, espontáneamente, menos estrategias cognitivas para manejar los eventos estresantes. Los síntomas depresivos se relacionaron con baja autoestima y desesperanza. Lo que apoya una noción de triada cognitiva de la depresión caracterizada por: visiones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro.

Para terminar, cabe comentar que la mayoría de los estudios revisados, sugieren para el tratamiento de los desórdenes depresivos en la infancia: tratamiento farmacológico, psicoterapia al niño y apoyo terapéutico a los padres de familia.

VII. SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN NIÑOS Y ADULTOS.

Numerosos autores (33, entre otros) dividen a los trastornos que caracterizan a la depresión en cuatro grupos. Estos son: trastornos afectivos, trastornos intelectuales, trastornos conductuales y trastornos somáticos. Los trastornos afectivos consisten en una indiferencia afectiva, tristeza, inseguridad, pesimismo, miedo ansiedad e irritabilidad. Los trastornos intelectuales que acompañan a la depresión consisten en una disminución de sensibilidad y de la capacidad de la memoria, relacionadas con una baja de la atención y comprensión, asociada a ideas de culpa o fracaso y una obsesividad del pensamiento. Los trastornos conductuales se reflejan por una disminución de la actividad y de la productividad. En este punto resultan de gran peligro las ideas suicidas, así como la tendencia al abuso de fármacos. Finalmente, son característicos los llamados trastornos somáticos que afectan a cualquier aparato o sistema del organismo, bajo la forma de sensaciones y dolencias vagas en las que no se detecta una base anatomopatología definida. Estos pueden ser trastornos del sueño, del apetito, digestivos, cardiovasculares, disminución de la libido y cefalea tensional.

En el DSM-III-R (38), en el capítulo de trastornos del estado de ánimo propone para el episodio depresivo mayor la siguiente

sintomatología esencial. Estado de ánimo deprimido -en niños o adolescentes puede ser un estado de ánimo irritable- o pérdida de interés o placer con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen alteración del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación o entretencimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuaciones de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas/intentos de suicidio. Además se observan sentimientos depresivos, de malestar, desesperanza y desánimo, con una expresión facial triste. Se advierten el retraimiento y el abandono de las diversiones. En la sintomatología asociada se cuentan: llanto, ansiedad, irritabilidad, rumiación obsesiva o repetitiva, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobias. Cuando hay alucinaciones o ideas delirantes su contenido es congruente con el estado de ánimo.

Aunque los síntomas esenciales del episodio depresivo mayor son similares en cuanto a los síntomas asociados, en los niños son frecuentes las quejas somáticas, la agitación psicomotora y las alucinaciones auditivas congruentes con el estado de ánimo. En niños más pequeños, son habituales los trastornos por ansiedad de la infancia, es decir, trastornos por angustia de separación, trastorno por ansiedad generalizada y trastorno por evitación en la infancia o adolescencia y, las fobias. En los adolescentes puede

aparecer una conducta negativista o antisocial y el consumo de alcohol y/o drogas ilegales.

En cuanto a la sintomatología relacionada con la depresión infantil, Calderón Narvaez (33) menciona: fatiga, actos de rebeldía, llanto, somnolencia y lentitud al pensar y actuar. Además de rendimiento escolar deficiente, pasividad ante el estudio, distracciones, actitud taciturna, sensación de tortura o molesta y quejas vagas, etiquetadas como hipocondriacas (dolores abdominales, de garganta y cefalea). Otros autores (3,4) proponen los trastornos de conducta y los equivalentes somáticos como parte de la depresión enmascarada. Además de disminución en el rendimiento escolar y síntomas hipocondriacos (dolores de cabeza, tics, quejas abdominales, náusea y vómito). Empero, algunos autores sostienen que las manifestaciones y síntomas, varían conforme a la edad y estadio de desarrollo del niño (5,7).

Blumberg (8) propone que las alteraciones en los patrones de alimentación y sueño, del crecimiento, del desarrollo e inteligencia, la enuresis, las fobias y la ansiedad, son síntomas característicos de la depresión infantil. Otros autores han observado además lentitud y dificultad para resolver problemas cognitivos (14 y 30), problemas de conducta, impopularidad, pobres relaciones interpersonales y quejas somáticas (10) además de otros problemas conductuales colaterales (23), así como menor

expresividad afectiva y actividad social disminuida (26). Como síntomas asociados se han observado ansiedad por separación y conducta antisocial (27, 38). Leon y cols. (1) encontraron además de problemas de conducta frecuentes, inatención pasividad y atribuciones a causas externas del éxito y a causas internas del fracaso.

En cuanto a los síntomas asociados al suicidio en niños y adolescentes se incluyen (28 y 34) depresión mayor con su sintomatología característica: peor humor matinal, retardo psicomotor, bajo peso, sobrerreactividad e ira, abuso de alcohol, ansiedad, actos antisociales, paranoia y problemas de sueño. Otros autores (cit. en 4) incluyen desvalorización, baja autoestima, tristeza y disminución de energía.

Para resumir, las semejanzas entre el cuadro clínico de niños y el de los adultos (33, 38; entre otros), se incluyen en forma de listado:

Indiferencia afectiva (pobre expresividad).

Tristeza.

Inseguridad.

Pérdida de placer o interés, retraimiento.

Sentimientos de desesperanza o desánimo.

Pesimismo.

Miedo.

Irritabilidad.

Baja autoestima.

Disminución de atención, comprensión y memoria.

Ideas de culpa o fracaso.

Llanto.

Irritabilidad.

Fobias.

Alucinaciones (auditivas) congruentes con estado de ánimo.

Ansiedad.

Agitación o entretimiento psicomotor.

Fatiga.

Ideas y/o intentos suicidas.

Trastornos de sueño (insomnio o hipersomnia).

Trastornos de apetito (anorexia o bulimia).

Cambios en el peso corporal.

Suicidio.

Dificultad para responder problemas cognitivos.

Por otro lado las características se reducen a:

adultos: (38)

Obsesividad y rumiación del pensamiento.

Crisis de angustia.

Disminución de la libido.

Abuso en el consumo de alcohol y/o drogas.

en adolescentes: (38)

Conducta antisocial.

Rebelión.

Actos delictivos.

Excesiva preocupación por la salud propia (hipocondriasis).

Problemas escolares.

y, en niños:

Actos de rebeldía (33).

Bajo rendimiento escolar (33,4,3).

Pasividad ante el estudio (33).

Quejas somáticas o "equivalentes somáticos". (33, 4, 3, 10, 38).

(dolores de cabeza, abdominales, etc.):

Trastornos de conducta asociados (4, 3, 10, 23, 1)

Enuresis (8).

Impopularidad en relaciones interpersonales (10).

Ansiedad por separación (21,38).

VIII. PRUEBAS PARA MEDIR DEPRESION.

El desarrollo de las primeras escalas de evaluación prácticas, aún en uso, coincidió con el advenimiento de la psicofarmacología y su aplicación seguramente fue estimulada por la necesidad de contar con un método preciso para valorar los resultados terapéuticos de estas drogas. Actualmente, las escalas de evaluación se consideran como un elemento de ayuda para el diagnóstico y también como un medio para valorar en forma sencilla la evolución del cuadro psicopatológico ante un tratamiento determinado. Existen un gran número de escalas para medir la depresión, pero las más conocidas y utilizadas son: El Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota: MMPI (Hathaway & McKinley, 1942); la escala de Hamilton (Hamilton 1960); el inventario de Beck (Beck, 1961); y la escala de autoevaluación de Zung (Zung y Durham, 1964). (cit. en 33)

En cuanto a las escalas que miden depresión en niños, las más mencionadas en los estudios del tema son, entre otras: "Peer Nomination Inventory for Depression" (PNID); "Depression Symptom Checklist" (DSCL); "Children's Depression Rating Scale; Short Children Depression Inventory" (SCDI); "Depression Self Rating Scale" (DSRS) y el "Children Depression Inventory" (CDI). Todas las anteriores son de formato de autoevaluación.

También, se utilizan escalas de tipo de entrevistas estructurales entre las que tenemos: "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia" (SADS); "Interview Schedule for Children"; la "Belleveu Index of Depression" (BID); "Children's Depression Rating Scale" (CDRS) y la "Children's Affective Rating Scale", entre otras.

Posiblemente, la escala más usada para medir depresión en niños sea el "Children Depression Inventory" (CDI) (22 y 25). Esta escala es la adaptación de la escala para adultos, la "Beck Depression Inventory", diseñada por Beck y Kovacs en 1977. Saylor et al. (22), observaron de que a pesar de ser tan citada, la CDI, es una escala que requiere de más datos para soportar su integridad psicométrica. Para lo cual los autores aplicaron la escala en varias poblaciones de niños con el fin de determinar las propiedades psicométricas del CDI como medida de depresión infantil. Encontraron que la depresión medida por el CDI es multidimensional, abarcando otro tipo de trastornos; tiene consistencia interna; es confiable. A pesar de sus limitaciones, como medir una gama mayor de padecimientos, el CDI es una medida adecuada de depresión. Otro estudio (25) propone la "Depression SelfRating Scale" como una alternativa al uso del CDI para medir depresión infantil, ya que se ha observado que el CDI es muy largo y no muy accesible para todos los niños (problemas de atención, motivación, edad, etc.). Se encontró que la escala propuesta

discriminó significativamente entre los niños deprimidos y los no deprimidos, detectando diferencias entre sexos, siendo los puntajes más altos para las niñas. Se concluye que el "Depression Self Rating Scale" se puede usar como una alternativa más accesible al CDI, para determinar grupos depresivos en niños, con relativo margen de error, aunque requiere de investigación futura.

Existe una escala que mide depresión infantil, que aparece como una opción interesante, el "Children's Depression Scale" (CDS) del "Australian Council for Educational Research" (32). El test puede aplicarse individual y colectivamente a niños de 8 a 16 años de edad, en un tiempo aproximado de 30 minutos, y tiene como objetivo la evaluación global y específica de la depresión en los niños. Las autoras Lang y Tisher observaron que las ventajas del CDS en comparación del CDI son que es una escala que no ha sido elaborada a partir de un test para adultos (como el CDI) y que toma en cuenta las observaciones de algunos autores, en cuanto a la importancia de las observaciones de los adultos que rodean al niño (padres y maestros), por lo que modificando el formato puede ser aplicada a ellos también.

De todos los estudios de depresión infantil se tienen los siguientes síntomas: respuesta afectiva, autoconcepto negativo, disminución de productividad mental e impulsos, problemas psicósomáticos, preocupaciones y problemas psicósomáticos,

preocupaciones y problemas de agresión. Estos síntomas fueron tomados como conceptos operativos para el CDS; además de datos obtenidos de pruebas proyectivas aplicadas a poblaciones psiquiátricas con depresión y descripciones tomadas de la literatura del tema. El resultado fue una escala de 66 elementos: 18 positivos y 48 depresivos entremezclados. Los 66 criterios en subescalas: el total depresivo con 6 subescalas y total positivo con 2. La escala facilita la expresión de sentimientos en el niño por su adecuada redacción que es bien entendida por los niños. El CDS es aplicable a niños de 8 a 16 años, individual o colectivamente; los reactivos pueden ser leídos por el examinador o por el sujeto en solitario. Cada elemento se califica de 1 a 5 (escala de actitud) y de los puntajes obtenidos se saca el total depresivo y el total positivo sumando las subescalas de cada uno.

Antecedentes de la Escala:

El manual original del CDS (1978) incluía un estudio de confiabilidad en una población de 40 niños con depresión, normales y con diversos problemas clínicos. En años posteriores (1980, 1981) se analizaron otras muestras de niños australianos y japoneses. Actualmente se hacen investigaciones y adaptaciones en otros países como: Italia, Francia, Alemania, India y España (la adaptación española, está realizada por TEA Ediciones, S.A., Madrid, España). En todas las muestras originales se obtuvo una

buena confiabilidad y consistencia interna, con un coeficiente α de Cronbach de 0.96 y una correlación Test Retest de 0.74. Se han hecho, además, análisis de validez de contenido, validez concurrente, validez de constructo y validez factorial, comprobándose la precisión, valor y capacidad discriminada de CDS para medir depresión en niños. La adaptación española se comenzó a mediados de 1980. La muestra general para la tipificación fue de más de 900 sujetos de 8 a 14 años de edad de diferentes lugares de España. De los análisis pertinentes se concluyó que el CDS (Cuestionario de Depresión de Niños) presenta un buen nivel de confiabilidad y validez. De la adaptación española se han hecho varios estudios y se sigue haciendo con diferentes poblaciones de niños.

Es precisamente, el cuestionario de depresión para niños: CDS (32), el instrumento utilizado en el presente estudio como medida de depresión infantil. El cual fue aplicado a una muestra de 57 niños que cursaban 4°, 5° y 6° de primaria de una escuela particular de la Cd. de México.

IX. REPORTE DEL ESTUDIO.

De la revisión de los estudios que han investigado acerca de la depresión infantil (Cap. VI), podemos resumir que existe un interés general por definir síntomas específicos de la depresión infantil. Se ha mencionado, que esencialmente la sintomatología depresiva en niños, adolescentes y adultos es similar, y en lo que varían es en cuanto a los síntomas asociados. Muchos autores además de buscar definir estos síntomas, se interesan por encontrar una escala o conjunto de ellas que puedan ser empleadas como instrumento confiable para detectar sintomatología depresiva en poblaciones infantiles. Es importante, además, definir criterios fijos de diagnóstico y datos acerca de la incidencia y prevalencia de este padecimiento en niños. Se dice que en la mayoría de los casos, los trastornos depresivos se relacionan con otros trastornos (conductuales, de aprendizaje y otros) y que se hace necesario deslindar unos de otros o determinar claramente la relación entre ellos.

El procedimiento empleado en la mayoría de los estudios revisados, se encamina a detectar sintomatología depresiva y/o trastornos asociados a ésta, mediante el uso de: una o varias escalas que midan depresión infantil, las cuales se apoyan en los criterios de diagnóstico del DSM-III o ICD en la mayoría de casos. También se emplean otras escalas que exploran rasgos asociados,

como la autoestima, popularidad, desesperanza, etc. Finalmente, se emplean otras escalas que miden depresión infantil desde la óptica de padres y maestros.

El presente estudio busca aportar datos acerca de la prevalencia de depresión infantil en una muestra de niños sanos, estudiantes de primaria en una escuela de la Ciudad de México, utilizando la escala CDS. Se intenta saber, además, como se relacionan o distribuyen los síntomas depresivos en relación con las siguientes variables: puntuaciones del total depresivo (TD), edad, grado escolar, estabilidad familiar y comportamiento escolar.

Escala CDS

Para medir la sintomatología depresiva se utilizó la escala conocida como cuestionario de depresión para niños (32) que es la versión española del "Children's Depression Scale" (CDS) de Lang y Tisher. Esta prueba incluye dos escalas: a) la escala positiva y, b) la escala depresiva. La escala positiva se divide en dos subescalas que miden alegría (AA) y optimismo (PV) y de la suma de las dos se obtiene un puntaje total positivo (TP). Por su parte, la escala depresiva esta integrada por seis subescalas que miden: respuesta afectiva o carencia de afecto (RA); problemas sociales, aislamiento, desamparo (PS); autoestima (AE); preocupación por la muerte/salud, ansiedad (PM); sentimientos de culpa (SC); depresivos

varios (DV) y de la suma de estas se obtiene un puntaje total depresivo (TD).

Además, se obtuvo información de la situación familiar y del aprovechamiento y comportamiento escolar de la muestra estudiada a partir de tres fuentes: archivos del departamento de psicología del colegio, comentarios de las maestras y las calificaciones finales de los niños para el curso escolar 1989-1990.

Para completar la información se aplicó a las maestras de cada grupo: el inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) (44) y el Zung's Self-Rating Depression Scale (45).

X. MATERIAL Y METODOS

Sujetos.

Para el estudio se obtuvo la colaboración de un total de 57 niños. Al momento de aplicar la prueba el rango de edades iba de 9 a 15 años ($10.73 \pm DE: 1.09$). Del total de la muestra, 23 niños cursaban el 4° grado de primaria y tenían de 9 a 11 años de edad; 20 cursaban el 5° grado y su edad iba de 10 a 13 años. Por último, 14 niños cursaban el 6° y sus edades iban de 11 a 13 años de edad. La muestra se obtuvo de un total de 145 alumnos, que forman la sección de la instrucción primaria del "Instituto Fray Juan de Zumarraga". Para realizar el estudio los únicos requisitos fueron: la edad (mayores de 8 años) y la aceptación para aplicar la prueba.

En general, el nivel socioeconómico es clase media. La situación familiar en el momento del estudio (junio/1990) (Tabla A), era la siguiente: De los 23 niños de 4° grado, el 71% pertenecen a familias estables, el 21% tienen padres divorciados y en el 8% son hijos de madre soltera. De los 20 niños de 5° año, el 65% proviene de familias estables, el 15% de padres divorciados y el 20% de madre soltera. Finalmente, de los 14 niños de 6° grado, el 72% de matrimonios estables, el 14% de padres divorciados y el 14% de madre soltera.

TABLA A

SITUACION FAMILIAR

GRADO	N	FAMILIA ESTABLE	DIVORCIADOS	MADRE SOLTERA
40.	23	71%	21%	8%
50.	20	65%	15%	20%
60.	14	72%	14%	14%

Situación familiar de los sujetos (N=57), en junio de 1990.

Escenario:

El "Instituto Fray Juan de Zumárraga" es una escuela para varones y se ubica en la Colonia del Valle de la ciudad de México. Es una escuela particular en la que se imparte instrucción a niveles primaria, secundaria y preparatoria. En la sección primaria se cuenta con un total de 145 alumnos; con un grupo por grado escolar. Los grupos son pequeños, de 18 a 25 niños. Los salones son amplios, bien iluminados y adecuados para las clases. Los niños se sientan en pupitres individuales, acomodados en filas de 4 ó 5 con un pasillo entre cada fila. Frente a las filas de pupitres, está una tarima con el escritorio de la maestra y el pizarrón.

Instrumental:

Para el estudio se empleó el Test de Lang y Tishers (32) "Children Depression Scale" (CDS) en su versión española: Cuestionario de Depresión para Niños. Esta es una escala de 66 elementos: 18 positivos y 48 depresivos, entremezclados. Los 66 criterios se agrupan en subescalas, el total depresivo con 6 subescalas y el total positivo con 2.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

La escala facilita la expresión de sentimientos en el niño por su adecuada redacción que es bien entendida por ellos. El CDS es aplicable a niños de 8 a 16 años de edad, de forma individual o colectiva. Cada elemento se puntúa de 1 a 5 (escalas de actitud); de los puntales obtenidos se obtienen el total depresivo y el total positivo sumando las subescalas de cada uno. Por último estos puntajes directos se transforman a centiles y decatipos conforme a una tabla de equivalencias.

Procedimiento:

El CDS se aplicó durante la primera quincena de junio de 1990. La aplicación tuvo lugar en el salón de clases en presencia de la maestra del grupo. Se aplicó en una sola sesión, con una duración de 20 a 30 minutos aproximadamente por cada grado. Se explicó tanto a los niños como a la maestra el objetivo del estudio y se solicitó su cooperación para contestar con seriedad a los reactivos del cuestionario.

Se explicaron cuidadosamente las instrucciones de la aplicación colectiva del CDS. Las autoras del CDS recomiendan que sea introducido a los examinados de manera amistosa y sin prisas. Una vez que los sujetos dispusieron de una hoja de respuestas y que anotaron en sus datos de identificación, se explica el procedimiento. Se anotó en el pizarrón un ejemplo. Cuando todos

los niños comprendieron como contestar, se procedió a leer en voz alta (examinador) cada uno de los reactivos del CDS, dando el tiempo suficiente para que los niños anotaran sus respuestas. Una vez terminada la lectura de los 66 elementos, se recogieron las hojas de respuestas comprobando si cada niño había contestado a todas las frases (repetiendo las que le faltaron, en cada caso) y si estaban anotados los datos de identificación. Al finalizar la sesión se agradeció su cooperación.

Durante la aplicación de la prueba se notó interés y atención de parte de los niños y solamente en el grupo de 4º grado se observó que la situación de la prueba provocó nerviosismo e inquietud en el grupo.

Análisis de Resultados:

Para el manejo de los datos, se formaron los siguientes grupos de acuerdo con las variables estudiadas:

a) Grupos definidos por la puntuación TD (Total Depresivo):

- 1 : "optimistas" (puntaje menor de 4)
- 2 : "normales" (puntajes entre 4 y 7)
- 3 : "deprimidos" (puntaje mayor de 7).

- b) Se formaron también, grupos de niños de acuerdo a la edad (9 a 13 años) de los encuestados.
- c) Grado escolar: 4o., 5o., o 6o. de instrucción primaria.
- d) Estabilidad familiar y comportamiento escolar:
- 1 : alumno aprovechado, sin problemas familiares
 - 2 : alumno aprovechado, de padres divorciados
 - 3 : alumno con problemas escolares, sin problemas familiares
 - 4 : alumno con problemas escolares, de padres divorciados
 - 5 : alumno aprovechado, de madre soltera
 - 6 : alumno con problemas escolares, de madre soltera.

Por otro lado, los datos obtenidos se analizaron estadísticamente mediante un análisis de varianza (ANOVA) y una prueba de correlación de Spearman-Pearson. Se eligió un análisis de varianza, por tratarse de varios grupos de datos, que debían ser considerados simultáneamente. Además, de tomar en cuenta las posibles interacciones de las variables, estimando la varianza debida a la interacción. Para saber más del comportamiento de los datos se utilizó la prueba de correlación de Spearman-Pearson.

XI. RESULTADOS E INTERPRETACION

El análisis estadístico incluyó 57 sujetos del sexo masculino. Las edades oscilaron de 9 a 13 años y la muestra resultó en términos generales optimista, ya que el puntaje medio de AA fue de 9.71 ± 0.70 y el puntaje medio de TP fue de 7.89 ± 0.49 . Estos puntajes pueden ser considerados por encima de los valores medios que indican los autores de la prueba. Los puntajes de las demás escalas que, por cierto evalúan depresión, se encontraron dentro de los límites de la normalidad (Tabla I).

TABLA I. Distribución de puntajes de todos los sujetos incluidos en la prueba. La edad (EDAD) está expresada en años, el grado escolar (GRADO) en el nivel correspondiente y la estabilidad familiar (EST) en escala de 1 a 6, en sentido ascendente de mayor conflictiva familiar. Los puntajes de la prueba indican -entre mayor sea el puntaje- AA: más alegría; RA: mayor carencia de afecto; PS: mayor desamparo; AE: menos autoestima; PM: mayor ansiedad; SC: más sentimientos de culpa; DV: más depresión; PV: más optimismo; TP: actitud más positiva; y, TD: más depresión. Los resultados están expresados como media \pm desviación estandar.

EDAD	GRADO	EST	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
11.7	5.8*	2.2	9.7	5.2	5.2	4.6	5.9	4.4	5.1	9.4	9.7	5.0
± 1.0	± 0.7	± 1.7	± 0.7	± 2.1	± 2.0	± 2.2	± 2.0	± 2.0	± 2.1	± 1.1	± 0.4	± 2.0

Los puntajes de la prueba aplicada pueden separarse en tres grupos: los que evalúan depresión (RA, PS, AE, SC, DV y TP), uno

que evalúa ansiedad (PM), y los que evalúan optimismo (AA, PV y TP). Cabría esperar que la aplicación de pruebas de correlación indicasen correlaciones elevadas de tipo positivo entre el conjunto de reactivos que evalúan depresión, de cierta manera también positivas cuando estuviera injertado el elemento de ansiedad y desde luego de tipo negativo cuando se contrastaran con el conjunto de reactivos que evalúan optimismo. Esta suposición de tipo estadístico se basa en el hecho de que una correlación significativa positiva indica que dos variables aumentan en forma proporcional, mientras que una negativa señala que mientras una variable aumenta, la variable correlacionada negativamente disminuye. El ensayo de esta hipótesis estadística no arrojó los resultados esperados. En la Tabla II, se ilustran estos resultados. Como puede observarse efectivamente los puntajes de los reactivos que indican carencia de afecto (RA), desamparo (PS), baja autoestima (AE), ansiedad (PM), sentimientos de culpa (SC) y depresivos varios (DV) se correlacionaron positivamente con el puntaje total de depresión (TD). Pero escasamente entre sí. Solamente se correlacionaron positivamente los puntajes que evalúan baja autoestima con los de carencia de afecto y desamparo y estos últimos entre sí. Por otro lado sólo los puntajes que evalúan positivos varios (PV) se correlacionaron positivamente con los que forman el total positivo. Finalmente en el total de la muestra no se encontraron correlaciones de tipo negativo.

TABLA II. Correlación de variables evaluadas en la prueba.
Pruebas de correlación, todos los sujetos. Valores de r
(Spearman-Pearson), criterio mínimo de significancia $p < 0.05$. Las
abreviaturas y claves son las mismas de la Tabla I. (N=57)

	RA	PS	AE	PM	SC	DV	TD	AA	PV	TP
RA										
PS	0.68									
AE	0.64	0.61								
AM	.	.	.							
SC	.	.	.	.		
DV	.	.	.	.	.
TD	0.81	0.80	0.80	0.67	0.61	0.72				
AA	.	.	.	.	.	.	.
PV	.	.	.	.	.	.	.	.
TP	.	.	.	.	.	.	.	.	0.63	

Grupos por puntaje de TD (depresión)

Cómo se menciona en Método, se formaron tres grupos de acuerdo a los puntajes individuales de TD (Total Depresivo). Los que se encontraron con valores inferiores a 4, los que se encontraron dentro del rango estadístico de normalidad de la prueba (entre 4 y 7) y, los que su puntaje se encontró por encima de 7. Este último grupo fue considerado como deprimido, de acuerdo a las normas del CDU. En la Tabla III se ilustra la distribución de sujetos al formar los grupos de la manera antes dicha, así como los puntajes que se obtuvieron de la prueba. El grupo más abundante fue el que incluyó el rango de normalidad con una N=36 (63.15%), seguido del grupo con puntajes bajos de depresión (N=15: 26.31%). Por último el grupo de puntajes elevados de depresión se formó por una N=6 (10.52%).

 TABLA III. Distribución de sujetos de acuerdo a los puntajes totales del indicador "Total depresivo". Las abreviaturas y claves son las mismas de la Tabla I.

Grupo de baja puntuación depresiva												
EDAD	GRADO	EST	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
11.0	5.2*	2.3	9.8	3.3	3.5	2.6	3.7	2.8	2.6	9.3	9.8	2.4
±1.0	±0.8	±2.0	±0.5	±1.4	±1.6	±0.9	±1.5	±1.3	±0.7	±1.5	±0.4	±0.6
Grupo en rango de normalidad												
EDAD	GRADO	EST	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
10.6	4.8*	2.2	9.6	5.4	5.3	4.8	6.5	4.7	5.6	9.3	9.7	5.5
±1.1	±0.7	±1.7	±0.7	±1.4	±1.6	±1.8	±1.5	±1.7	±1.6	±1.0	±0.5	±1.1
Grupo de puntuación depresiva elevada												
EDAD	GRADO	EST	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD

10.3 4.1* 2.5 9.8 8.8 8.6 8.5 7.8 6.1 7.8 9.8 9.8 8.6
±0.5 ±0.4 ±1.3 ±0.4 ±1.4 ±0.8 ±0.8 ±1.7 ±2.6 ±1.1 ±0.4 ±0.4 ±0.8

Esta formación de grupos permitió detectar varias diferencias significativas. La variable grado resultó estadísticamente diferente entre los grupos formados ($F_{2,54} = 4.116$, $p < 0.022$). El grupo que conformó el de puntaje elevado en depresión se formó casi exclusivamente por los alumnos del cuarto grado escolar. A partir de esa separación estadística los rasgos más significativos aparecieron en el grupo con puntaje elevado de depresión. En ellos fueron estadísticamente más elevados los puntajes de carencia de afecto ($F_{2,54} = 31.958$, $p < 0.0001$), desamparo ($F_{2,54} = 24.306$, $p < 0.0001$), baja autoestima ($F_{2,54} = 30.090$, $p < 0.0001$), ansiedad ($F_{2,54} = 21.124$, $p < 0.0001$), sentimientos de culpa ($F_{2,54} = 9.455$, $p < 0.0001$), y los correspondientes a los reactivos que evalúan diversos aspectos depresivos ($F_{2,54} = 36.450$, $p < 0.0001$). Es decir se obtuvo un perfil de la depresión en estos niños.

A su vez esta formación de grupos permitió detectar algunas correlaciones que complementan el perfil de la depresión en la muestra estudiada. En la Tabla IV se ilustran las correlaciones obtenidas. A pesar de que se siguió el criterio para considerar correlaciones significativas a partir de valor de r de Spearman Pearson superiores a ± 0.600 , conviene destacar que el grupo con puntajes elevados de depresión se formó por seis niños. En este caso las tablas estadísticas habituales señalan un valor mínimo de $r = \pm 0.811$ para considerar una $p < 0.05$. En tal caso todas las

correlaciones encontradas en el grupo de alta depresión quedarían invalidadas, con excepción de la correlación que se encontró entre el desamparo (PS) y el puntaje total de depresión (TP), en este caso la correlación fue de 1.000, es decir lineal perfecta. Tomando esta significancia en cuenta, llama la atención el hecho de que la variable desamparo se haya correlacionado aunque en la forma de tendencia ($r = \pm 0.600$) con la carencia de afecto de manera positiva y, por otro lado con positivos varios (PV) y total positivo (TP) de manera negativa. Parecería entonces que la variable desamparo desempeña un papel importante en la depresión, al menos en el grupo estudiado. Esta aseveración se apoya en el hecho de que en los otros dos grupos (optimistas y en rango de normalidad), también fue esta variable la que se correlacionó -significativamente- con el puntaje total de depresión.

 TABLA IV. Influencia de variables sobre el puntaje de total depresivo (TD). Pruebas de correlación, se ilustran los valores de r (Spearman-Pearson), el criterio mínimo de significancia para una $p < 0.05$, se asumió con valores de r superiores a ± 0.60 . Los datos están agrupados de acuerdo a los puntajes totales de TD. Las abreviaturas y claves son las mismas de la Tabla 1.

Grupo de baja puntuación depresiva

	RA	PS	AE	PM	SC	DV	TD	AA	PV	TP	EDAD
RA											
PS	.										
AE	.	.									
PM	.	.	-0.61								
SC	.	.	.	.			
DV	.	.	.	.	.	
TD	.	0.63	.	.	.	.	
AA	-0.70	.	.	.	.	.	.
PV	.	.	.	.	.	.	.	.
TP	.	.	.	.	.	.	.	.	0.65		
EDAD	0.60	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Grupo en rango de normalidad

	RA	PS	AE	PM	SC	DV	TD	AA	PV	TP	EDAD
RA											
PS	.										
AE	.	.									
PM	.	.	.								
SC							
DV						
TD	.	0.62	.	.	.	.	
AA				
PV			
TP	0.66		
EDAD	

Grupo de puntuación depresiva elevada

	RA	PS	AE	PM	SC	DV	TD	AA	PV	TP	EDAD
RA											
PS	0.61										
AE	.	.									
PM	.	.	0.62								
SC	.	.	.	.			
DV	.	.	-0.71	.	.						

TD	0.61	1.00	.	.	.	.	.	.
AA	.	.	.	.	.	.	.	.
PV	.	-0.80	.	.	.	0.76	-0.80	.
TP	.	-0.80	.	.	.	0.76	-0.80	.
EDAD	.	.	.	0.75	.	.	.	-0.63 -0.63

Impacto del grado escolar

La distribución de la muestra estudiada incluyó 23 alumnos de cuarto grado (40.35%), 20 de quinto grado (35.08%) y, 14 de sexto grado (24.56%) de instrucción primaria. El análisis estadístico indicó que el grado escolar influyó en los puntajes de manera significativa. Desde luego que correspondió a los alumnos de cuarto grado la edad menor de la muestra ($F_{2,54} = 30.891$, $p < 0.0001$), pero además este grupo fue el que acusó mayores puntajes en los reactivos que evalúan desamparo ($F_{2,54} = 6.880$, $p < 0.002$), ansiedad ($F_{2,54} = 5.616$, $p < 0.006$) y depresivos varios ($F_{2,54} = 3.646$, $p < 0.033$), todo lo cual repercutió sobre el puntaje total de depresión ($F_{2,54} = 5.264$, $p < 0.008$). En contraste los alumnos de sexto grado fueron quienes mostraron los puntajes más bajos en las subescalas antes mencionadas (Tabla V).

TABLA V. Análisis de resultados formando grupos de acuerdo con el grado escolar. Las abreviaturas y claves son las mismas de la Tabla I

4° grado											
EDAD	EST	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
9.8	2.2	9.6	5.7	6.0	5.1	6.9	4.3	5.8	9.3	9.7	5.8
±0.6	±1.5	±0.8	±2.2	±2.0	±2.7	±1.8	±2.1	±2.0	±1.0	±0.6	±2.1

5° grado											
EDAD	EST	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
10.9	2.5	9.7	5.3	5.3	4.7	5.4	4.9	5.1	9.4	9.8	5.0
±0.9	±2.0	±0.5	±2.1	±1.9	±1.8	±1.9	±1.9	±2.3	±0.8	±0.4	±1.8

6° grado

EDAD	ES1	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
11.8	2.0	9.7	4.3	3.7	3.7	5.0	3.8	3.9	9.4	9.8	3.7
±0.6	±1.8	±0.6	±1.6	±1.4	±1.7	±1.9	±1.9	±1.6	±1.6	±0.3	±1.4

Las pruebas de correlacion, indicaron que a su vez fueron los alumnos de cuarto grado, quienes resultan sensibles a la variable desamparo (Tabla VI), ya que sólo en este grupo aparecieron correlaciones positivas significativas entre esta variable y la carencia de afecto, aunque los puntajes de ansiedad no se correlacionaron con el puntaje de depresión, como lo hicieron los sentimientos de culpa o la baja autoestima. En otro sentido, en el grupo de cuarto grado, como en los de quinto y sexto, el conjunto de reactivos varios de depresión se correlacionaron con el puntaje total de depresión. Notablemente, en el grupo de sexto grado aparecieron correlaciones negativas según el modelo predicho, en especial la ansiedad con la alegría y de tipo positivo entre la edad y el desamparo.

6° grado

EDAD	EST	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
11.8	2.0	9.7	4.3	3.7	3.7	5.0	3.8	3.9	9.4	9.8	3.7
±0.6	±1.8	±0.6	±1.6	±1.4	±1.7	±1.9	±1.9	±1.6	±1.6	±0.3	±1.4

Las pruebas de correlación, indicaron que a su vez fueron los alumnos de cuarto grado, quienes resultan sensibles a la variable desamparo (Tabla VI), ya que sólo en este grupo aparecieron correlaciones positivas significativas entre esta variable y la carencia de afecto, aunque los puntajes de ansiedad no se correlacionaron con el puntaje de depresión, como lo hicieron los sentimientos de culpa o la baja autoestima. En otro sentido, en el grupo de cuarto grado, como en los de quinto y sexto, el conjunto de reactivos varios de depresión se correlacionaron con el puntaje total de depresión. Notablemente, en el grupo de sexto grado aparecieron correlaciones negativas según el modelo predicho, en especial la ansiedad con la alegría y de tipo positivo entre la edad y el desamparo.

 TABLA VI. Influencia del grado escolar sobre los puntajes de la prueba. Pruebas de correlación, se ilustran los valores de r (Spearman-Pearson), criterio mínimo de significancia $p < 0.05$. Las abreviaturas y claves son las mismas de la Tabla I.

4° grado

	RA	PS	AE	PM	SC	DV	TD	AA	PV	TP	EDAD
RA	.										
PS	0.84	.									
AE	0.78	0.82	.								
PM	.	.	.	.			
SC	.	.	.	.	.	
DV	.	.	.	.	.	.
TD	0.89	0.87	0.83	.	0.63	0.64	.				
AA	.	.	.	.	.	.	.	.
PV	.	.	.	.	.	.	.	.	.
TP	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.76	
EDAD	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

5° grado

	RA	PS	AE	PM	SC	DV	TD	AA	PV	TP	EDAD
RA	.										
PS	.	.									
AE	.	.	.								
PM							
SC	.	.	0.64	.	.						
DV	.	.	0.81	.	.	.					
TD	0.72	0.66	0.73	0.73	0.65	0.71	.				
AA			
PV		
TP	
EDAD	-0.70

6° grado

	RA	PS	AE	PM	SC	DV	TD	AA	PV	TP	EDAD
RA	.										
PS	.	.									
AE	.	.	.								
PM							
SC						
DV	.	.	0.75	.	.	.					
TD	0.70	0.60	0.74	.	0.68	0.75	.				
AA	.	.	.	-0.70	.	.	.	.

 TABLA VII. Analisis de resultados de los puntajes de la Escala aplicada ordenando a los sujetos por rangos de edades, en pasos sucesivos de un año. Las abreviaturas y claves son las mismas de la Tabla I.

9 años de edad											
GRADO	EST	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
4.0*	2.8	8.8	5.6	6.1	5.1	6.6	4.8	5.3	8.1	9.1	5.8
±0.0	±2.2	±1.4	±1.5	±1.9	±2.7	±2.1	±2.0	±2.2	±1.4	±0.9	±1.9

10 años de edad											
GRADO	EST	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
4.3*	2.0	9.9	5.2	5.6	5.0	6.1	4.8	6.0	9.8	10.0	5.4
±0.4	±1.6	±0.2	±2.3	±2.0	±2.4	±1.7	±2.1	±2.2	±0.4	±0.0	±2.1

11 años de edad											
GRADO	EST	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
5.0*	2.2	9.9	5.0	4.6	4.4	5.7	3.7	4.7	9.4	9.8	4.6
±0.6	±1.8	±0.2	±2.4	±2.6	±2.2	±2.7	±1.9	±2.1	±0.8	±0.3	±2.3

12 años de edad											
GRADO	EST	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
5.8	2.1	9.7	5.0	4.6	4.2	5.5	4.5	4.2	9.1	9.7	4.5
±0.4	±1.8	±0.6	±1.7	±1.3	±1.6	±1.7	±1.9	±1.6	±1.9	±0.4	±1.5

13 años de edad											
GRADO	EST	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
5.5*	3.0	9.0	6.0	5.2	4.0	5.2	4.0	3.7	9.7	9.5	4.5
±0.5	±1.4	±0.8	±1.1	±0.9	±2.1	±2.0	±1.8	±1.7	±0.5	±0.5	±1.7

En la Tabla VIII se ilustran los resultados del estudio de correlación cuando la formación de grupos se hizo bajo el criterio de la edad de los niños incluidos en la muestra. Como puede observarse fueron los más pequeños para quienes las variables carencia de afecto y desamparo se correlacionaron, lo cual fue evidente en los niños de 9 y de 10 años. A los 11 años parece ser más relevante la variable carencia de afecto, mientras que a los 12 y 13 años el mayor número de variables relacionadas con la depresión ocurrieron con los puntajes de baja autoestima y con sentimientos de culpa. Por otro lado a los 13 años es cuando se comienzan a detectar correlaciones negativas, de acuerdo con el modelo predicho.

Impacto de la inestabilidad familiar

Para terminar con el análisis de varianza se tomó la variable "estabilidad familiar y comportamiento escolar", la cual incluyó seis categorías. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a los promedios de los grupos (Tabla IX), aunque la distribución fue distinta. Los datos se agruparon en los niños sin problemas familiares y con buen aprovechamiento escolar (N=33: 57.89%), los siguientes grupos provenían de padres divorciados y tenían poco aprovechamiento escolar (N=7: 12.28%) y de madre soltera con poco rendimiento escolar (N=6: 10.52%). En los demás grupos formados (padres divorciados, buen aprovechamiento escolar (N=4), familia estable, poco aprovechamiento escolar (N=5) y madre soltera, alumno con buen aprovechamiento escolar (N=2), el porcentaje correspondió a menos del 10%.

 TABLA IX. Distribución de resultados de acuerdo a la formación de grupos en cuanto a estabilidad familiar y aprovechamiento escolar. Las abreviaturas y claves son las mismas de la Tabla I.

Alumno aprovechado , sin problemas familiares

EDAD	GRADO	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
10.6	4.9*	9.7	4.9	4.8	4.0	5.8	4.4	4.8	9.3	9.8	4.6
11.0	10.8	10.4	11.9	11.9	11.9	12.1	11.9	12.0	11.2	10.4	11.9

Alumno aprovechado , de padres divorciados

EDAD	GRADO	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
10.7	4.5*	10.0	6.2	4.7	6.2	8.2	2.5	7.0	9.5	10.0	5.7
10.5	11.0	10.0	12.0	12.7	12.5	11.5	11.2	10.8	10.5	10.0	11.7

Alumno con problemas escolares, sin problemas familiares

EDAD	GRADO	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
11.4	4.2*	9.2	6.2	6.0	6.4	6.4	6.2	6.4	9.2	9.4	6.6
11.5	10.4	11.3	11.9	11.4	12.4	11.5	10.4	11.1	11.3	10.8	11.1

Alumno con problemas escolares, de padres divorciados

EDAD	GRADO	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
11.3	4.7*	9.7	6.7	6.7	4.8	5.8	4.7	4.5	9.5	9.5	5.7
11.2	10.7	10.7	12.3	12.0	12.5	11.9	12.2	12.5	10.7	10.5	12.8

Alumno aprovechado, de madre soltera

EDAD	GRADO	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
10.0	4.5*	10.0	4.5	5.0	4.5	4.0	4.0	4.0	8.5	10.0	4.0
11.4	10.7	10.0	13.5	14.2	12.1	12.8	14.2	12.8	12.1	10.0	14.2

Alumno con problemas escolares, de madre soltera

EDAD	GRADO	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD
10.5	5.1*	9.5	4.0	5.1	5.1	5.3	4.0	5.3	9.6	10.0	4.6
11.0	10.7	11.2	11.6	12.3	12.7	11.7	12.0	12.7	10.5	10.0	11.8

Sin embargo, al establecer las correlaciones, se encontraron algunas diferencias significativas entre los grupos así formados (Tabla X). En el grupo de alumnos aprovechados en que los problemas familiares estaban ausentes, todas las variables relacionadas con depresión se correlacionaron positivamente con el puntaje total de depresión.

 TABLA X. Influencia de la estabilidad familiar y el aprovechamiento escolar sobre las variables de la prueba. Pruebas de correlación, se ilustran los valores de r (Spearman-Pearson), criterio mínimo de significancia $p < 0.05$. Las abreviaturas y claves son las mismas de la Tabla I.

Alumnos aprovechados, sin problemas familiares

	RA	PS	AE	PM	SC	DV	TD	AA	PV	TP	EDAD
RA	.										
PS	.	.									
AE	.	.	.								
PM							
SC						
DV	.	.	0.60	.	.	.					
TD	0.78	0.78	0.74	0.69	0.62	0.78	.				
AA			
PV		
TP	0.69	
EDAD

Sin embargo a medida que aumentó la conflictiva familiar se detectó un mayor número de correlaciones significativas (Tabla XI). El grupo de madre soltera resultó insuficiente para el análisis de

datos, por el número de datos recabados (N=2).

En el perfil del alumno aprovechado, pero proveniente de un matrimonio disuelto, además de las correlaciones con el puntaje total de depresión, aparecieron correlaciones positivas entre la carencia de afecto con el desamparo y más significativamente con la baja autoestima, pero la correlación fue negativa con los sentimientos de culpa, es decir a mayor carencia de afecto, menos sentimientos de culpa. En forma coincidente la edad repercutió de forma negativa en los sentimientos de culpa, es decir a menor edad, más sentimientos de culpa.

 TABLA XI. Influencia de la estabilidad familiar y el aprovechamiento escolar sobre las variables de la prueba. Pruebas de correlación, se ilustran los valores de r (Spearman-Pearson), criterio mínimo de significancia $p < 0.05$. Las abreviaturas y claves son las mismas de la Tabla I.

 Padres divorciados, buen aprovechamiento escolar

	RA	PS	AE	PM	SC	DV	TD	AA	PV	TP	EDAD
RA											
PS	0.77										
AE	0.95	0.78									
PM			.								
SC	-0.68	.	.	.							
DV					-0.94						
TD	0.78	0.97	0.72	0.68	.						
AA	.	.	.	.	.	
PV	0.70	.	.	.	-0.89	0.70	.				
TP	.	.	.	.	.	.	.
EDAD	.	.	.	.	-0.77	0.81	.	.	.	.	.

 Padres divorciados, alumno poco aprovechado

 TABLA XI (Continuacion)

Madre soltera, alumno poco aprovechado											
	RA	PS	AE	FM	SC	DV	TB	AA	PV	TP	EDAD
RA											
PS	0.77										
AE	0.90	0.80									
FM	0.81		0.64								
SC	.	.	.	.			
DV	.	.	.	.	.	
TB	0.89	0.80	0.97	.	.	.					
AA	.	.	.	-0.74	.	.					
PV	.	.	.	.	.	.
TP	.	.	.	.	.	.
EDAD	-0.79	-0.94	-0.71	-0.76	.	.	-0.71	0.70	.	.	.

Para el grupo de niños provenientes de matrimonio disuelto y con poco aprovechamiento escolar, aparecieron el mayor número encontrado de correlaciones, en un perfil que se asemeja al descrito por los autores de la prueba. Finalmente cabe comentar que el grupo en que aparecieron más correlaciones relacionadas con la edad fue en el de niños provenientes de madre soltera y con poco aprovechamiento escolar. A menor edad, los puntajes aislados de los reactivos, así como el puntaje total de depresión serán mayores.

Por último, el grupo de alumnos sin problemas familiares, pero con escaso aprovechamiento escolar, mostró un perfil distinto a los anteriores (Tabla XII). En especial en este grupo llaman la atención la presencia de correlaciones de tipo negativo con

respecto al sentimiento de culpa. Esta variable se correlacionó negativamente con todas las demás variables que evalúan depresión.

TABLA XII. Influencia de la estabilidad familiar y el aprovechamiento escolar sobre las variables de la prueba. Pruebas de correlación, se ilustran los valores de r (Spearman-Pearson), criterio mínimo de significancia $p < 0.05$. Las abreviaturas y claves son las mismas de la Tabla I.

Familia estable, alumno poco aprovechado

	RA	PS	AE	PM	SC	DV	TD	AA	PV	TP	EDAD
RA	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
PS	0.91	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
AE	0.89	0.88	.	.	.	.	.	.	.	.	.
PM	.	.	0.63	.	.	.	.	.	.	.	.
SC	-0.63	-0.79	-0.78	-0.88	.	.	.	.	.	.	.
DV	.	.	.	-0.98	0.78	.	.	.	.	.	.
TD	0.95	0.93	0.98	.	-0.78	.	.	.	.	.	.
AA	.	.	.	-0.68	.	0.77	.	.	.	.	.
PV	.	.	.	.	.	0.77	.	.	.	.	.
TP	.	.	.	-0.70	.	0.78	.	0.98	0.98	.	.
EDAD	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

En otras palabras a mayor sentimiento de culpa, menor puntaje depresivo y a mayor depresión menor sentimiento de culpa. En forma semejante, de acuerdo con el resultado estadístico a mayor ansiedad, menor sentimiento de culpa, depresión en puntajes varios, alegría y total positivo, lo que podría ser interpretado como un mecanismo de defensa.

XII. DISCUSION

En la población adulta, se dan como cifras de prevalencia de depresión diferencias relacionadas con el sexo. Para las mujeres se aprecia que va de 9% a 26% y para los hombres de 5% a 12% (38). Otros mencionan de 3 a 5 % de la población total o el 8% de hombres y el 16% de mujeres (cit en 33). Además, se concide en afirmar que la depresión es dos veces más frecuente en las mujeres que los hombres (38, 39). Se ha notado, también, un constante incremento de este síndrome en los últimos años. Con el fin de encontrar información del perfil epidemiológico de este padecimiento en México, en 1981, Calderón Narvaez (33) realizó una investigación en la población general, en una muestra del Distrito Federal. Los resultados indican una prevalencia del 14.1% de enfermos deprimidos en la población general, con una diferencia entre sexos del 11.8% hombres y un 15.1% mujeres.

Con respecto de la depresión infantil, no podemos decir que los datos sean tan claros. En una muestra de niños y adolescentes hospitalizados psiquiátricamente se obtuvo un 8% con diagnóstico de trastorno depresivo (6). En otro estudio se hace referencia a que se ha coincidido en aceptarse que entre un 27% y un 52% en muestras clínicas de niños se cubre el criterio para desórdenes depresivos (cit. en 37). Asentar un dato preciso relativo a la frecuencia de

la depresión es difícil. Se tiene desde un 3% hasta un 12.4% (cit. en 33). En el presente estudio se exploró la prevalencia de depresión en una muestra de niños normales obteniéndose un 10.52% de los niños con puntajes altos sugiriendo depresión. Lo que puede de algún modo quedar cercano a lo que se ha mencionado anteriormente, sobre todo en el caso de las cifras para los adultos.

Los datos indican que el grado escolar fue significativo para formar los grupos (puntajes total depresivo). Encontrándose que los niños de 4° grado de primaria resultaban deprimidos. Por lo anterior se pensó que la muestra podría ser una variable que afectara este resultado, por lo que se aplicó a las maestras una escala que mide ansiedad (44) y otra que mide depresión (45). Los datos no fueron analizados estadísticamente, pero los puntajes no fueron diferentes entre las tres maestras y quedaron dentro de la normalidad. Por lo que se supondría que quizás fue un efecto de la edad lo que provocó tal resultado. En un estudio se reportaron diferencias significativas para el grado escolar (1) en cuanto problemas de conducta, ansiedad, impulsividad, hiperactividad (tomados como síntomas depresivos). Encontrándose mayor ansiedad en los niños mayores y más problemas de conducta en los menores. En nuestro estudio, el grado escolar además se mostró significativo para las medidas de desamparo, ansiedad y depresión obteniéndose los puntajes más altos para los niños de 4° grado. La escala

utilizada no explora problemas de conducta asociados a la depresión tan mencionados (1,19,26; entre otros). Por lo que no podemos comparar si los niños más pequeños presentan mas problemas de conducta que los grandes pero si podemos presentar el dato de la ansiedad. Sin embargo y como fue corroborado por los análisis de correlación si se encontraron diferencias en cuanto a la repercusión de los puntajes particulares en el del total depresivo, pero estas diferencias se hicieron significativas ante la formación de grupos. Mientras que en los más jóvenes la carencia de afecto y la baja autoestima fueron los pilares de una puntuación elevada en total depresivo, en los niños mayores lo hicieron las puntuaciones de sentimiento de culpa y la baja autoestima. Estos resultados ilustran que la depresión puede tener determinantes relacionados con la edad y no parece ser el caso que los determinantes sean los mismos a medida que se avanza hacia la pubertad.

La mayoría de los autores reportan una relación inversa entre la autoestima y la depresión (5,37; entre otros). Nuestros resultados apoyan esta observación. La baja autoestima se relacionó con otros rasgos depresivos como carencia de afecto, sentimientos de culpa, desamparo, ansiedad o depresión.

En términos generales, se obtuvo que las escalas positivas (alegría y optimismo), tuvieron puntajes muy altos para los tres grupos. y por supuesto, ocasionalmente se dieron relaciones

paradojicas entre, por ejemplo, optimismo y depresión o alegría y desamparo. Se piensa que fue un modo de compensar o mostrar que se tenía un estado de ánimo "perfecto". Como la aplicación fue en grupo, pudo ocurrir que los comentarios de alguno pudieran dirigir la respuesta de los demás. También llama la atención la falta de correlaciones significativas al analizar la muestra total. En efecto, las correlaciones aparecieron al formar los diversos grupos. Esta observación hace suponer que la escala CDS resulta sensible ante población en riesgo o la que ya está sufriendo francamente de depresión.

En un estudio (43) se investigaron los aspectos del desarrollo en la sintomatología depresiva, comentándose que algunos síntomas se incrementan y otros decrecen con la edad. A pesar de no explorar los mismos síntomas, en nuestro estudio encontramos ciertas diferencias en las relaciones de síntomas de acuerdo con la edad. Pudiendo afirmar que los niños mayores de la muestra presentaron un cuadro mucho más parecido al patrón de adolescentes o adultos. Pero además en los grupos formados por inestabilidad familiar llama la atención el grupo que se formó por alumnos sin problemas familiares pero con escaso aprovechamiento escolar, en el sentido de que los reactivos capitales fueron los relacionados con sentimientos de culpa, pero las correlaciones fueron de tipo negativo a diferencia de los otros grupos. En tal caso la escala CDS, parece estar detectando problemas de conducta poco

relacionados con la depresión, en este caso, lo está haciendo más bien con problemas de conducta antisocial. Podría establecerse la predicción negativa de las consecuencias de esta falta de los sentimientos de culpa para controlar la conducta. Tómese en cuenta, a riesgo de ser reiterativos que se trató de un subgrupo formado por niños que -al menos en el reporte- no parecen tener problemas afectivos familiares, sin embargo su comportamiento escolar dejaba mucho que desear.

Al hacer un análisis más particular de cada uno de los niños que aparecieron como deprimidos (N=6) es posible decir que salvo uno, todos tenían algún problema que fuera predictivo de depresión. En el caso de cuatro de ellos, se observaron quejas frecuentes por bajo aprovechamiento o conducta a lo largo del curso escolar (1989-1990). Así como tener el conocimiento de que los cuatro sufrían una situación familiar problemática. Dos de ellos presentaron graves faltas de respeto, mal comportamiento, rebeldía, en general una actitud de reto, aunque sin problemas académicos. Los otros dos tuvieron una actitud totalmente opuesta, de apatía, flojera, aislamiento y bajo rendimiento académico; en uno de ellos el descuido era evidente en su arreglo personal y útiles escolares. Para otro de los niños que obtuvieron puntuaciones altas y se clasificó como deprimido, la situación fue por completo diferente. Mientras los cuatro anteriores pudieran designarse como "Niños Problemas", él podría ser un "Niño Modelo". En un estudio (3) se

han relacionado las altas expectativas y exigencias de los padres como motivo de depresión. Puede haber sido el caso de este niño que la presión y la competencia fueran difíciles de manejar para él. En cuanto al último de estos niños, que además no cursaba 4º grado sino 5º, no se detectaron factores aparentes o conocidos para tal resultado.

Por otro lado, por conocimiento previo de la situación familiar y/o escolar de algunos otros niños de la muestra, había posibles candidatos a aparecer como deprimidos y no fue así. Lo anterior, pudo haberse debido a que a pesar de presentar problemas motivo de depresión no todos los niños la desarrollan. O quizás, fue debido a que se aplicó una sola escala o criterio para detectar la depresión infantil. Ocurre que en la mayoría de casos se acepta que el cuadro clínico de la depresión infantil involucra otros rasgos asociados (trastornos de conducta, "equivalentes somáticos") que deben ser considerados. Muy probablemente, al aplicar un paquete de pruebas que explore otros trastornos de conducta o cognitivos, o medidas sociométricas en el salón de clases, o síntomas somáticos (para niños, padres y maestros); y además, se investiga más profundamente la dinámica familiar y se cuenta con un criterio de diagnóstico del tipo de DSM-III-R u otros, se mejore notablemente el intento de este estudio por aportar un dato al tema de la depresión infantil.

En conclusión, a) la prueba aplicada (CDS) parece tener buen rango de sensibilidad, pero solo en niños que ya presentan algunos problemas de depresión. b) La prueba detecta algunos problemas no relacionados con la depresión. c) La consistencia interna de la prueba aparece cuando se han formado grupos. d) La prevalencia de depresión en la muestra estudiada corresponde a las cifras reportadas por otros autores. e) En estudios futuros de corte semejante, resultaría de interés la aplicación de baterías de pruebas que involucraran a los padres, a los maestros y, desde luego un grupo par formado por niñas. A pesar de lo anterior, el resultado de este trabajo sería en extremo satisfactorio si sirviera de antecedente para propiciar el estudio de este tema tan novedoso e interesante.

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Leon GR, Kendall PC y Garber J. Depression in Children: Parent, children y Child Perspectives, J Abn Child Psychol 8: 221-235, 1980.
2. Pfeffer CR. The Family System of Suicidal Children, Am J Psychother 35:330-341, 1981.
3. Lesse S. Hipocondrial and Psychosomatic Disorders Masking Depression in Adolescents. Am J Psychother 35:356-367, 1981.
4. Ayuzo JL y Sáiz J. Las Depresiones : Nueva Perspectivas Clínicas, Etiopatogénicas y terapéuticas, Ed. Interamericana, España, 1981.
5. Lewis M y Lewis DO. Depresión in Childhood: A Biopsychosocial Perspective, Am J Psychother 35:323-329, 1981.
6. Christ AK, Adler AG Isaacoff M y Gershansky IS. Depression Symptoms vs Diagnosis in 10,412 Hospitalized Children and Adolescents (1957-1977). Am J Psychother 35: 400-412, 1981.
7. Toolan JM. Depression and Suicide: An Overview, Am J Psychother 35: 311-321, 1981.
8. Blumberg M L, Depresión in Abused and Neglected Children. Am J Psychother 35:342-355, 1981.
9. Poznanski T. D, Carroll B. J, et al., The Dexamethasone Supresión Test In Prepubertal Depressed Children. Am J Psychiat 139: 321-324, 1982.
10. Jacobsen RH, Haley BB y Strauss CC. Correlates of Depressed Mood in normal Children. J Abn Child Psychol 2:29-40, 1983.
11. Jaffe, et al. The Dexamethasone Supresion Test in Depressed Outpatients with and without Melancholia. Am J Psychiat 140: 492-494, 1983.
12. Billings AG y Moss RH. Comparisions of Children of Depressed y Nondepressed Parents: A social environmental Perspective. J Abn Child Psychol 11:463-486, 1983.
13. Von Ammon Cavanaugh S, Westtein RM. The Relationship Between Severity of Depression, Congnitive Disfunction and Age in Medical Inpatients. Am J Psychiat 140:495-497, 1983.

14. Kaslow NJ, Tanenbaum RL, Abeamson LY, Peterson C, Seligman M. Problem Solving Deficits and Depressive Symptoms Among Children. *J Abn Child Psychol* 11:497-502, 1983.
15. Lahmeyer HG, Poznanski EO, y Bellur SN. EEG Sleep in Depressed Adolescents. *Am J Psychiat* 140:1150-1154, 1983.
16. Van Praag HN. Precursors of Serotonin, Dopamine y Norepinephrine in the treatment of depression. *Adv Biol Psychiat* 14:54-68, 1984.
17. Darragh A, Kenny M, Lenehan T, Lambé R, Brick I, Maulet C. Indalpine a New Serotonin uptake inhibitor. *Adv Biol Psychiat* 14:41-45, 1984.
18. De Montigny O, Blier P. Effects of Acute y Repeated Administration of Antidepressant of serotonin uptake blockers. *Adv Biol Psychiat* 14:19-32, 1984.
19. Hanon M, Gozlan H, Bourgoins El, Mestilawy S, Pichat L. Recent Advances in the Pharmacology of Central Serotonergic Neurons. *Adv Biol Psychiat* 14:12-18, 1984.
20. Shopsin E, Feiner NF. Serotonin and Depression. *Adv Biol Psychiat* 14:1-11, 1984.
21. Livingston R, Reis CJ y Ringdahl JC. Abnormal Dexamethasone Supression Test Result in Depressed and Nondepressed Children. *Am J Psychiat* 141:106-108, 1984.
22. Saylor CF, Finch AJ, Spirito A y Benetit B. The Childrens' Depression Inventory: A sistematic Evaluation of Psychometric Properties. *J Consult Clin Psychol* 52:955-967, 1984.
23. Feinstein C, Blovin AG y Eganj Cooners CK. Depressive Symptomatology in a Child Psychiatric Outpatients Population: Correlations with Diagnosis. *Comprh Psychiat* 25:379-391, 1984.
24. Petty LK, Asarnow JR, Carlson GA y Lesser L. The Dexamethasone Supression Test in Depressed, Dysthmic and Nondepressed Children. *Am J Psych* 142:631-633, 1985.
25. Asarnow JR, y Carlson G. Depression Self Rating Scale, Utility with child psychiatric inpatients. *J Consult Clin.* 53:491-499, 1985
26. Kazdin AE, Esveldt-Dawson K, Sherick RB, Colbus D. Assesment of Overt Behavior and Childhood Depression Among Psychiatrically Disturbed Children. *J Consult Clin Psychol.* 53:201-210, 1985.
27. Geller B, Chestnut EC, Miller D, Price DT y Yates E. Preliminary Data on DSM-III Associated Features of Mayor Depressive Disorders in Children y Adolescents. *Am J Psychiat.* 142:643-644, 1985.

28. Robbins DR. y Alessi NE. Depressive Symptoms and Suicidal Behavior in Adolescents. *Am J Psychiat* 145:588-592, 1985.
29. Alcalá Herrera Verónica, Ma. del Consuelo. Activación Progresiva Septal Producida por la Impregnación de un Antidepresivo Tricíclico: Clorimipramina, Mex. 1985, Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM
30. McGee R, Anderson J, Williams S y Silva PD. Cognitive Correlates of Depressive Symptoms in 11 year old Children. *J Abn Child Psychol*. 14:517-524, 1986.
31. Kazdin AE, Colbus D y Rodgers A. Assessment of Depression and Diagnosis of Depression Disorder Among Psychiatrically Disturbed Children. *J Abn Child Psychol* 14:499-515, 1986.
32. Lang M y Tisher M. Cuestionario de Depresión para niños (CDS). Tea Editorial SA, Madrid, 1986.
33. Calderón Narvaez G. Depresión: Causas Manifestaciones y Tratamiento. Ed. Trillas, Mexico, 1987.
34. Bettis BA y Walker E. Symptoms Associated with Suicidal Behavior in Childhood and Adolescence. *J Abn Child Psychol*. 14:591-604, 1986.
35. Hyland ME. Control Theory Interpretation of Psychological Mechanisms of Depression. Comparison and Integration of Several Theories. *Psychol Bull* 102:109-121, 1987.
36. Hinz LD y Williamson DA. Bulimia and Depression: A Review of the affective variant hypothesis. *Psychol Bull* 102:150-158, 1987.
37. Asarnow JR, Carlson SA, Guthrie D. Coping Strategies, Self Perceptions, Hopelessness and Perceived Family Environments in Depressed and Suicidal Children. *J Consult Clin Psychol*. 55: 361-366, 1987.
38. American Psychiatric Association. DSM-III-R. Ed. Mason SA, Barcelona, España, 1988, 256-279.
39. Marván ML, Alcalá Herrera V, Chacón L y Contreras CM. El Desarrollo de los Conceptos Biológicos sobre la Depresión. *Bol Estud Med Biol Méx*. 36: 61-74, 1988.
40. Fava M, Copeland PM, Schweiger U y Herzog DB. Neurochemical Abnormalities of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Am J Psychiat*. 146:963-971, 1989.

41. Levy AB, Dixon RN, Stern SL. How are depression and bulimia related? Am J Psychiat 146:162-169, 1989.
42. Casat ChD, Arana GW, y Pellow K. The DST in children and Adolescent with mayor depressive disorder. Am J Psychiat. 46: 503-507, 1989.
43. Kashani JH, Rosenberg IK, Reid JC. Developmental Perspectives in child and adolescent depressive symptoms in a community sample. Am J Psychiat 146:871-875, 1989.
44. Spielberger CD, Martínez-Urrutia A, González RF, Natalicio L y Díaz-Guerrero R. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE), Ed. Manual Moderno, México, 1975.
45. Zung W.W.K. A Self-Rating Depression Scale, Arch Gen Psychiat 12: 63-70, 1965.
46. Contreras CM, Alcalá Herrera V y Marván ML. Action of antidepressants on the septal nuclei of the rat. Physiol Behav 46: 793-798, 1989.
47. Contreras CM, Marván ML y Alcalá Herrera V. Chronic clomipramine increases firing rate in lateral septal nuclei of the rat. Physiol Behav 48: 551-554, 1990.