

320825

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO
Plantel Tlalpan

51
2oj-

ESCUELA DE PSICOLOGIA
Con Estudios Incorporados a la U.N.A.M.

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION
PARA NIÑOS (CDS) EN POBLACION ESCOLAR.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tesis que presenta
María del Pilar De la Torre Arribas
para obtener el título de
Licenciado en Psicología.

Asesor: Dr. Héctor Ortega Soto.

México, D.F.,

1992.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I. DEPRESION INFANTIL. GENERALIDADES	4
I.1 Antecedentes Históricos de la Depresión Infantil	4
I.2 Concepto de Depresión en la Infancia	10
I.3 Epidemiología de la Depresión en la Niñez	12
I.4 Criterios Diagnósticos	14
I.5 Clasificaciones	17
CAPITULO II. HIPOTESIS ETIOLOGICAS SOBRE LA DEPRESION	20
II.1 Hipótesis Psicoanalítica	20
II.2 Hipótesis Conductual	33
II.3 Hipótesis Cognitiva	36
II.4 Hipótesis Socioambiental	40
II.5 Hipótesis Sociológica	42
II.6 Correlatos Biológicos	43
II.7 Estudios en Genética y en Familias	50
II.8 Factores Ambientales Familiares	54
II.9 Suicidio	55
CAPITULO III. TRATAMIENTO DE LA DEPRESION INFANTIL	60
III.1 Tratamiento Farmacológico	60
III.2 Psicoterapia	64

CAPITULO IV. EVALUACION DE LA DEPRESION INFANTIL	67
IV.1 Instrumentos de Evaluación de la Depresión Infantil	67
IV.2 Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	76
IV.3 Validez Empírica o de Criterio de las Pruebas Psicológicas	81
IV.4 Sensibilidad y Expecificidad de las Pruebas Diagnósticas	82
CAPITULO V. METODOLOGIA	85
V.1 Planteamiento del Problema y Objetivos	85
V.2 Características de la Población de Estudio	88
V.3 Diseño de Investigación	89
V.4 Variables	89
V.5 Hipótesis de Trabajo	90
V.6 Material	93
V.7 Procedimiento	94
V.8 Estrategia de Análisis Estadístico	97
CAPITULO VI. RESULTADOS	98
CAPITULO VII. DISCUSION Y CONCLUSIONES	108
VII.1 Discusión	108
VII.2 Alcances y Limitaciones	115
VII.3 Sugerencias	117
VII.4 Conclusiones	119
BIBLIOGRAFIA	129

ANEXOS

Anexo I. Elementos del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)

Anexo II. Hoja de Respuestas del CDS

Anexo III. Criterios Diagnósticos de Depresión Mayor del DSM-III

Anexo IV. Entrevista Psiquiátrica

INTRODUCCION.

El término Depresión se puede referir a diferentes características. Como síntoma, la depresión se refiere a la tristeza y como tal, es común en la experiencia diaria. Como un síndrome o un trastorno, se refiere a un grupo de síntomas que ocurren simultáneamente. La tristeza puede formar parte de un número mayor de problemas que incluyen la pérdida de interés en actividades, sentimientos de devaluación, trastornos del sueño, cambios en el apetito y otros. Durante los 10 últimos años, la investigación sobre la depresión como un síndrome o un trastorno en la infancia ha cobrado gran interés.

El desarrollo de la investigación sobre este tema ha producido avances significativos. Al principio y por muchos años surgieron conceptualizaciones que desanimaban la evaluación de la depresión en la niñez, o que sugerían que su presencia sería difícil de detectar. Por ejemplo, el punto de vista psicoanalítico ortodoxo, que afirma que la depresión como un trastorno clínico no surge hasta la adolescencia con el desarrollo del superego (Rie, 1966). Otros enfoques sugerían que la depresión en la infancia se encontraba "enmascarada" por síntomas tales como agresividad, berrinches y ansiedad, por mencionar algunos, más que por un grupo de síntomas, tales como el estado de ánimo disfórico y la pérdida de interés (Cytryn y McKnew, 1974, Malmquist, 1971). Sin embargo, estos puntos de vista crearon el clima propicio para la investigación de la depresión en la niñez.

Por otra parte, se han desarrollado intentos importantes relacionados a la investigación de los trastornos psiquiátricos.

Tal es el caso de los criterios diagnósticos como el Research Diagnostic Criteria (RDC; Spitzer, Edicott y Robins, 1978) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980), los que mediante la descripción de los trastornos y su evaluación, han facilitado la investigación de la depresión y otros trastornos en los adultos. En los años setentas, el diagnóstico psiquiátrico era ya empleado en los niños, debido a que muchos de los trastornos se hacen evidentes desde la infancia, la niñez o la adolescencia; lo que aceleró la investigación de la psicopatología del desarrollo.

Surgieron diversos modelos conceptuales de la depresión en los adultos, incluyendo el cognitivo, conductual, genético y bioquímico. Estos modelos, los paradigmas de investigación, las técnicas de evaluación y los tratamientos aplicados a los adultos, señalaban el camino hacia la investigación en los niños.

Aunque el tema de la depresión en la niñez es relativamente nuevo, actualmente existe una gran cantidad de conocimiento sobre él. En el presente trabajo, en el capítulo I, se hace una revisión de los antecedentes del diagnóstico de depresión, hasta llegar al concepto actual de la depresión infantil, a través de una perspectiva histórica. Asimismo, incluye los reportes epidemiológicos sobre este síndrome en diferentes poblaciones, así como algunos criterios diagnósticos y clasificaciones para evaluar dicha entidad. En el capítulo II, se hace una revisión de las hipótesis etiológicas psicosociales que se refieren a aspectos intrapsíquicos, conductuales, cognitivos e interpersonales de la depresión. En el mismo capítulo se abordan los modelos etiológicos

que incluyen los correlatos biológicos, estudios en genética, los factores ambientales familiares que posibilitan el desarrollo de la depresión, así como los intentos de suicidio. En el capítulo III se revisan los hallazgos concernientes a los tratamientos de la depresión en la niñez. El capítulo IV, trata exclusivamente de los instrumentos de evaluación que se han venido diseñando para medir dicha entidad en niños y adolescentes. En el capítulo V, se describe la metodología de la investigación realizada, cuyo objetivo fue conocer la utilidad del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) como instrumento para detectar síndromes depresivos en niños de población general, haciendo una aplicación paralela con el criterio diagnóstico de los Trastornos Afectivos del DSM-III. En el capítulo VI, se exponen los resultados obtenidos y finalmente, el capítulo VII incluye las conclusiones de la investigación realizada.

I. DEPRESION INFANTIL. GENERALIDADES

I.1 Antecedentes Históricos del Diagnóstico de Depresión Infantil.

La melancolía en la infancia fue reconocida por los médicos desde el siglo XVII. Algunos casos fueron ya publicados en el siglo XIX (Kashani y cols. 1981b).

Sin embargo, aunque los autores clásicos ya habían descrito el fenómeno de la depresión, desde entonces y durante mucho tiempo se consideró abusiva esta denominación, aplicada antes de la adolescencia, ya que se comparaba con la melancolía en el adulto. (Ajuriaguerra 1983).

Hasta después de la Segunda Guerra Mundial, en los primeros trabajos publicados acerca de los síntomas de depresión en niños, se enfatizaba la alta incidencia por alteraciones en el establecimiento del vínculo y la separación del objeto amado.

Los trabajos de Spitz (1946; cit. por Spitz, 1969) atrajeron mucha atención. Encontró que los bebés que habían tenido una buena relación con sus madres hasta los 6 meses de edad y después fueron separados de ellas, mostraban síntomas similares a los del duelo en los adultos. Al conjunto de síntomas que observó le llamó "depresión anaclítica". Enfatizó que si la separación duraba más de tres meses, los bebés no recobraban su estado anterior.

Parte del trabajo de Bowlby (1961) se centra en la conducta del establecimiento de vínculos amorosos. Postula que si la interacción social y emocional no son conflictivas durante la infancia, dan como resultado vínculos normales. Inversamente, si este curso normal en el desarrollo del niño es interrumpido por la separación o la pérdida del vínculo con el objeto amado, comienza

la angustia. Específicamente, la ansiedad puede resultar de la pérdida completa de las figuras con las cuales se estableció el vínculo, o por la presencia de figuras que carecen de la calidez y la consistencia necesarias.

Los trabajos de Bowlby se hicieron con un grupo de niños hospitalizados, niños que habían sido separados de sus madres de manera similar a los reportados por Spitz.

En la década de los cincuentas, se publicaron muchos artículos en los que se debatía sobre la existencia de la psicosis maniaco-depresiva en los niños. Scott y Anthony (1960, cit. por Wong, 1979), hicieron una revisión sobre el tema y concluyeron que la confusión se debía a problemas semánticos, conceptuales, de diagnóstico y metodológicos, que derivaban por un lado, del concepto de algunas teorías psicoanalíticas y, por el otro, de que los psiquiatras insistían en que el diagnóstico debería basarse en los criterios de Kraepelin, Bleuler y Meyer. Finalmente, la evidencia en la literatura indica que la psicosis maniaco-depresiva no ocurre en los niños, pero sí en la adolescencia y aún entonces es rara.

Durante los años sesentas aumentó considerablemente el interés sobre el fenómeno de la depresión en la infancia. Al principio hubo desacuerdo sobre la validez del concepto. Algunos autores como Rie (1966) definen la depresión en términos de un número de características psicopatológicas encontradas en los adultos, e indica que es teóricamente improbable su presencia en los niños. Específicamente, dice que en los niños no pueden ocurrir estos trastornos porque carecen de un superego bien internalizado.

Sandler y Joffe (1965) sostienen que, aún cuando las manifestaciones clínicas de la depresión son similares en adultos y niños, la diferencia radica en que en éstos no aparecen aquellas formas de depresión que son consecuencia de procesos defensivos y restitutivos más amplios y en particular, de las introyecciones e identificaciones patológicas, que caracterizan la depresión melancólica de tipo neurótico y psicótico.

Otros autores como Toolan, (1962); Glasser, (1967); y posteriormente Cytryn y McKnew (1974), postularon que la depresión en la niñez se presenta de manera enmascarada. Sostienen que los niños no presentan los síntomas de las reacciones depresivas de los adultos. Los niños, según los autores, presentan problemas de conducta y de delincuencia, además reacciones tales como dificultades en el aprendizaje, fobias escolares, berrinches, autodestrucción, holgazanería, alteraciones digestivas y del sueño, dolores de cabeza y retraso en el desarrollo motor.

En la década de los setentas, el punto de vista de que la depresión en los niños existe y que puede expresarse como síntomas depresivos más que restringida a la depresión enmascarada, fue ganando reconocimiento. El tema del Cuarto Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras, que tuvo lugar en Estocolmo en Agosto de 1971, fue "Estados Depresivos en la Niñez y la Adolescencia". Una de las conclusiones a que se llegó, fue que los estados depresivos forman parte importante de los trastornos mentales en los niños y los adolescentes. En 1975, el National Institute of Mental Health (EE.UU.) llevó a cabo una conferencia sobre la depresión en la infancia en la que se analizaron, entre otros

aspectos, los obstáculos para su estudio.

Asimismo, Poznanski y Zrull (1970) describen el efecto de la depresión parental en el desarrollo de depresión en sus hijos. Observaron 14 niños que mostraban depresión afectiva, es decir "la expresión de un estado afectivo de desgracia o tristeza crónicas".

Por su parte, Philips (1979) propone una relación dinámica entre los trastornos y/o la depresión parental y las subsecuentes manifestaciones de depresión en sus niños. Malmquist (1971) describe la depresión afectiva clínica en niños y propone una clasificación en la que toma en consideración las etapas del desarrollo y como éstas afectan la manifestación de la depresión.

Otros investigadores advierten que los síntomas depresivos observados en estos estudios pueden estar reflejando un fenómeno transitorio del desarrollo, más que un síndrome clínico preciso. Tal es el caso de Lewfkowitz y Burton (1978), quienes indican que los síntomas depresivos se pueden encontrar en niños normales, con una tasa similar a la reportada en algunos estudios de prevalencia.

A pesar de las opiniones contradictorias, Lang y Tisher (1978; cit. por Seisdedos, 1983) definen la depresión como una respuesta humana normal que varía en intensidad y calidad, que se encuentra en la población infantil y que juega un papel especial en muchos grupos psiquiátricos, incluyendo los diagnosticados como depresiones neuróticas y psicóticas.

Pearce (1978), llevó a cabo un estudio con 547 niños de una clínica psiquiátrica (excluyendo aquéllos con retardo mental, psicosis o autismo). Las edades oscilaban entre los 5 y los 17 años. Encontró que casi el 20% de los pacientes fue diagnosticado

con síntomas de depresión mórbida, definida ésta en términos de tristeza, infelicidad y llanto. También encontró que la presencia de depresión (como síntoma) estaba asociada con un aumento en la incidencia de síntomas relacionados, incluyendo ideas de suicidio, percepciones anormales, ideas de referencia, trastornos del sueño y del apetito, obsesiones, irritabilidad y trastornos como hipocondriasis y rechazo a la escuela. Concluyó que los pacientes deprimidos eran mayores que los no deprimidos, con más trastornos emocionales y que tenían más relaciones conflictivas con sus familiares (pero no con compañeros) y más experiencias emocionales que les habían provocado estrés.

El análisis efectuado, revela 4 hallazgos importantes: 1. Una parte de los niños con síntomas depresivos tenían más en común con los no deprimidos que con los deprimidos. Esto indica que no todos los niños con el síntoma de estado de ánimo depresivo, tenían el síndrome de depresión. 2. Una minoría (11%) de los que no tenían el síntoma de depresión y fueron clasificados en el grupo de los deprimidos, eran niños pequeños con una historia familiar de trastornos mentales y con síntomas asociados con depresión, ideas de suicidio, ansiedad, trastornos del sueño, del apetito y rechazo escolar, etc. Esto implica, que la depresión puede ocurrir como una respuesta relativamente amorfa e indiferenciada y esto sucede especialmente en los niños muy pequeños. 3. Muchos de los síntomas clasificados como "equivalentes depresivos" estuvieron asociados negativamente con depresión. Esto sucedió con la agresividad, la desobediencia, el hurto y la enuresis. Concluye Pearce, que el concepto de equivalente depresivo lleva a la confusión y no es muy

útil. 4. La depresión fue menos frecuente en niños menores de 8 años, pero más frecuente en la preadolescencia y mucho más entre los adolescentes. Este estudio fue útil para la investigación sistemática y la delimitación de los síntomas de los trastornos depresivos en la niñez y la adolescencia.

Sin embargo, ya que todavía existen muchas preguntas sin contestar, un número creciente de investigadores y clínicos están de acuerdo con Rutter (1972) quien afirma: "Las respuestas a los problemas que impone el estudio de la depresión infantil, arrojarán mucha luz tanto sobre los orígenes de la depresión en los adultos como acerca de la naturaleza de los trastornos psiquiátricos en la infancia".

I.2 Concepto de Depresión en la Infancia.

El estudio de la depresión en la infancia ha carecido, hasta ahora, de una terminología precisa. El término "depresión" se utiliza tanto en el área psiquiátrica como en la no psiquiátrica. Aún en el área psiquiátrica tiene diferentes significados. Se puede referir simplemente a un estado de ánimo disfórico, el cual es parte de la experiencia humana universal. El estado de ánimo disfórico como síntoma puede ocurrir sin tristeza, o como respuesta a una desilusión o a una pérdida y puede o no, formar parte de un síndrome depresivo o de un trastorno depresivo.

La depresión como síndrome, implica sin embargo, además del estado de ánimo disfórico, una combinación de otros síntomas, los cuales ocurren simultánea y regularmente. Entre éstos se incluyen cambios afectivos, cognitivos y motivacionales, así como trastornos vegetativos y psicomotores.

La depresión como un síndrome puede ocurrir como un problema primario o secundario a una diversidad de trastornos físicos y mentales, como el alcoholismo, la esquizofrenia, la enfermedad de Cushing, la artritis reumatoide y otras.

El concepto de trastorno depresivo connota aún más factores que un síndrome depresivo. La depresión como trastorno implica que existe un síndrome depresivo que causa algún grado de incapacidad y que hay un cuadro clínico característico, una historia natural del padecimiento, una respuesta a tratamiento y posibles correlatos biológicos.

El concepto de depresión, tanto como síndrome y como trastorno ha sido bien aceptado en la psiquiatría de adultos como hemos visto

anteriormente. Muchos de los trastornos depresivos en adultos han sido definidos sobre la base de los diferentes cuadros clínicos. Estos trastornos parecen diferir entre sí en su historia natural, la respuesta a los tratamientos farmacológicos, la historia familiar y las características químicas y neurofisiológicas (Carlson y Cantwell, 1979).

Sin embargo, el concepto de depresión como un síndrome y como un trastorno en la infancia ha sido ciertamente mucho menos aceptado. El hecho de que los síntomas depresivos pueden ocurrir en los niños, no es puesto en duda. Existen estudios clínicos de naturaleza epidemiológica en ambos grupos de población, tanto clínica como general que indican que los síntomas depresivos son comunes en la niñez (Sandler y Joffe, 1965).

Actualmente, la depresión en la infancia es una entidad clínica reconocida (Anell, 1972; Cytryn y McKnew, 1980; Malmquist, 1971; Weinberg, Rutman, Sullivan, Fenick, y Dietz, 1973). Es un trastorno que incluye manifestaciones físicas diversas, entre las cuales se encuentran las alteraciones del apetito, del peso corporal y múltiples síntomas somáticos (Kuhn y Kuhn 1972; Meierhoffer, 1972) tales como dolor de cabeza (Ling, Oftedal, y Weinberg, 1970) dolores abdominales y de pecho (Kashani y Carlson, 1987).

I.3 Epidemiología de la Depresión en la Niñez.

Los reportes sobre la frecuencia de la depresión varían mucho. Por ejemplo, Kuhn y Kuhn (1972) reportan que alrededor de un 12% de casos con perturbaciones patológicas clasificables como depresión, que se presentan con el peditopsiquiatra, necesitarían tratamiento.

Nissen (1972) encuentra un 1.8% de estados depresivos graves y moderados en una muestra de alrededor de 6,000 niños.

Kashani y Simonds (1979), reportan el 1.9% en niños de población general.

Polvan y Cebiroglu (1972) en un estudio de 1,248 niños de 1 a 19 años de una clínica psiquiátrica, reportan una incidencia del 2.3% y Bauersfeld (1972) encontró una incidencia de 13.7% en 2,238 niños de 8 a 13 años de una clínica psiquiátrica escolar.

Meierhoffer (1972), en un estudio longitudinal de más de 50 niños desde el nacimiento a la edad escolar, observó que los estados depresivos surgieron aproximadamente en un 25% de los casos.

Lefkowitz y Burton (1978), en la revisión de la literatura encuentran que en los estudios epidemiológicos de alteraciones conductuales en niños, un 20% de la población presenta síntomas depresivos observados normalmente en muestras clínicas.

Recientemente, Kashani y Carlson (1987) encontraron el 0.9% de 1000 preescolares derivados de población general, concluyendo que el diagnóstico de depresión es muy poco común en niños preescolares, aun en población clínica. Por otra parte, no se encontraron diferencias en cuanto al sexo.

En el estudio con preadolescentes, Kashani y Cantwell (1983) obtuvieron una prevalencia del 1.8%, en población general, con una tasa superior de los varones. Este hallazgo coincide con los de Poznanski y Zrull (1970), y de Puig-Antich, Blau, Marx, Greenhill y Chambers, (1978) quienes también reportan una frecuencia mayor de los niños que de las niñas.

En el estudio de Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulauskas y Finkelstein (1984a) practicado en población ambulatoria, la media de edad (\bar{x} = 11.2) era parecida a la del estudio de Chinchilla y cols. (1987) y había un predominio significativo del sexo femenino. Estas tasas ascienden al 4.7% en adolescentes de 14 a 16 años y las diferencias entre los sexos tienden a desaparecer. Este aumento ha sido atribuido generalmente a los cambios biológicos de la pubertad, aunque se debe prestar atención a las presiones sociales también (Akiskal y Weller, 1989).

Por otra parte, en poblaciones clínicas, las tasas de depresión van del 7% al 15% en preadolescentes y del 18.7% al 28% en adolescentes hospitalizados (Kashani, Barbero, y Bollander, 1981a).

Como vemos, hay grandes discrepancias en los estudios epidemiológicos y aunque existen diversas razones implicadas en ello, una de las más importantes se debe al uso de criterios no estandarizados para el diagnóstico de la depresión, así como a la heterogeneidad de las muestras estudiadas. La edad representa otro factor importante, ya que muchos estudios incluyen adolescentes o niños muy pequeños.

I.4 Criterios Diagnósticos.

Paralelamente al gran interés que despertó el estudio de la depresión en la infancia, los investigadores vieron la necesidad de operacionalizar criterios para el diagnóstico, como se ha hecho con los adultos. Sin embargo, en el caso del estudio con los niños, la situación es complicada debido a que son un organismo en desarrollo y sus estados de ánimo pueden fluctuar rápidamente (Birleson, 1980).

Entre los criterios más importantes se encuentran los siguientes:

El de Ling y cols., (1970) que requiere : 1) un cambio reciente en la conducta, 2) la ausencia de otras enfermedades psiquiátricas, y 3) la presencia de al menos 4 de las 10 características siguientes: a) cambio significativo de humor, b) aislamiento social, c) empeoramiento significativo en el desempeño escolar, d) trastornos del sueño, e) conducta agresiva, no presente anteriormente, f) sentimientos de autodesprecio y pensamientos persecutorios, g) pérdida de energía, h) síntomas somáticos, i) fobia escolar y j) pérdida de peso y anorexia.

El de Weinberg y cols., (1973) quienes modificaron el criterio de Feighner (Research Diagnostic Criteria) para la depresión en adultos y especificaron 10 síntomas como características de la depresión en la niñez, con conductas también específicas que representan cada síntoma:

1. Presencia de ambos, estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio.

2. Presencia de dos o más de los ocho síntomas asociados que siguen:

- a) conducta agresiva
- b) trastornos del sueño
- c) retraimiento
- d) cambios en la actitud hacia la escuela
- e) cambio en el aprovechamiento escolar
- f) síntomas somáticos
- g) pérdida de la energía
- h) cambios en el peso.

3. Las manifestaciones de estos síntomas deben ser vistas como un cambio de la conducta anterior del niño y,

4. La duración de estos síntomas debe ser de por lo menos un mes.

Utilizando este criterio se realizó un estudio (Weinberg y cols., 1973) con 72 preadolescentes que acudieron a una clínica de diagnóstico educativo por problemas de conducta o de aprendizaje y se encontró que sufrían de depresión. A 19 de estos niños se les dió medicamentos antidepressivos. Después de 3 ó 7 meses estos niños mostraron una mejoría significativa en la resolución de sus problemas, (lo cual los había llevado a la clínica, además de sus síntomas depresivos) y no así los niños deprimidos que no fueron tratados, o que los niños no deprimidos. Se encontró una historia familiar positiva de enfermedad afectiva en 40 de los 45 niños deprimidos y en 8 de 26 niños no deprimidos. Los niños deprimidos tuvieron mayor incidencia de hiperactividad, fobia escolar, enuresis y otros problemas conductuales del desarrollo, los cuales

sólo ocurren durante un episodio depresivo.

Cabe mencionar que ninguno de los criterios operacionales publicados ha sido aceptado universalmente. Sin embargo, el DSM-III, ha sido el criterio más aceptado en las investigaciones sobre la depresión en la niñez y para estudios de validación realizados hasta ahora (Cytryn y McKnew 1980; Kovaks y cols., 1984a, 1984b; Faulstich, Carey, Ruggiero, Enyart y Greshman, 1986; Weiner y Pfeffer 1986; Kashani y Carlson, 1987). El DSM-III establece que los mismos criterios utilizados para adultos se pueden emplear para niños, pero además incluye sintomatología asociada según la edad:

- A. Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en casi todas o en todas las actividades habituales.
- B. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han estado presentes casi diariamente durante dos semanas como mínimo:
 - 1. Poco apetito o pérdida significativa de peso o aumento del apetito con ganancia significativa de peso.
 - 2. Insomnio o hipersomnia,
 - 3. Agitación o lentitud psicomotora,
 - 4. Pérdida de interés o placer en las actividades habituales,
 - 5. Pérdida de energía o fatiga,
 - 6. Sentimientos de inutilidad, autoreproche o culpa excesiva o inapropiada.
 - 7. Quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración o del pensamiento.

8. Pensamientos de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio.
- C. Ninguno de los siguientes síntomas dominan el cuadro:
1. Preocupación por ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo,
 2. Conducta extraña.
- D. No hay sobreañadida una esquizofrenia, ni un trastorno esquizofreniforme, ni un trastorno paranoide.
- E. Todo ello, no es debido a ningún otro trastorno mental ni al duelo no complicado (pp. 223-225).

Sintomatología asociada según la edad:

Los niños en edad prepuberal pueden presentar angustia de separación que provoca un apego exagerado a los padres: el niño rehuye ir a la escuela, y tiene miedo a morir o a que mueran los padres. Una historia previa de angustia de separación puede dar lugar a síntomas de ansiedad más intensos al inicio de un episodio depresivo mayor.

I.5 Clasificaciones.

También se han hecho esfuerzos para desarrollar sistemas de clasificación para los tipos de depresión en la niñez. Estos sistemas difieren de acuerdo a la organización subyacente, es decir, de acuerdo a las etapas del desarrollo, de la gravedad o de la etiología.

Glasser (1967), en su exposición de la depresión enmascarada propone dos niveles de reacción depresiva: 1) los infantes y los

niños pequeños tienen reacciones de privaciones que se manifiestan por retardo en el desarrollo, el cual afecta las áreas física, intelectual y emocional, y 2) los niños mayores y los adolescentes presentan problemas de conducta tales como delincuencia, rabietas, desobediencia, vagancia y huir de casa.

Cytryn y McKnew (1972), proponen un sistema de clasificación que considera la severidad así como también la etiología: 1) La depresión enmascarada en los niños se encuentra frecuentemente asociada con una psicopatología familiar severa, 2) la depresión aguda en niños previamente bien adaptados, se asocia con una psicopatología familiar moderada y 3) la depresión crónica en los niños se asocia a un padre clínicamente deprimido y el ajuste premórbido del niño ha sido deficiente. Estos investigadores, (Cytryn y McKnew, 1974) posteriormente, propusieron un sistema de clasificación jerárquica basados en la hipótesis de que el modo de expresión de la depresión, refleja la etapa del desarrollo del niño, en términos de las defensas utilizadas para enfrentar la depresión. Los temas depresivos se manifiestan en fantasías, sueños o el contenido del juego antes de que el niño verbalice su afecto depresivo. El segundo nivel, consiste en la expresión verbal de los sentimientos depresivos tales como la indefensión, la culpa, la baja autoestima, los sentimientos de no ser amado y los pensamientos suicidas. Las verbalizaciones generalmente se manifiestan en las depresiones agudas observadas en los niños con deficiencias de adaptación. Cuando este nivel de defensas falla, la depresión entonces se manifiesta en estados de ánimo y conductas tales como el retardo psicomotor, el llanto y los cambios en el

sueño y en el apetito. Las depresiones enmascaradas también reflejan conductas como la hiperactividad, la agresividad, la delincuencia, el bajo desempeño escolar y los síntomas somáticos. Los trastornos del humor y la conducta son característicos de niños crónicamente deprimidos.

Este sistema de clasificación, con las categorías aguda y crónica ha dado información útil, especialmente en el trabajo incipiente en esta área. Sin embargo, el concepto de depresión enmascarada no ha contribuido a la clarificación del concepto, sino por el contrario, ha provocado más confusión sobre el tema. Este punto de vista ha sido aceptado posteriormente por Cytryn y McKnew (1980), y sugieren utilizar el sistema de clasificación del DSM III para los trastornos afectivos.

La clasificación de los trastornos afectivos propuesta en el DSM-III, incluye tres subtipos: 1) los trastornos afectivos mayores en los cuales existe un síndrome afectivo completo, 2) otros trastornos afectivos específicos, en los que existe un síndrome afectivo parcial de al menos dos años de duración y 3) trastornos afectivos atípicos, una categoría para aquéllos trastornos que no pueden clasificarse en ninguna de las otras dos subcategorías. Esta clasificación se utiliza tanto para niños como para adultos y ha sido la más empleada hasta ahora (Kazdin, 1990).

II. HIPOTESIS ETIOLOGICAS SOBRE LA DEPRESION.

Los modelos psicosociales se refieren a aproximaciones que ponen el énfasis en los aspectos intrapsíquicos, conductuales, cognitivos e interpersonales de la depresión. Existen muchos puntos de vista de los cuales veremos algunos.

II.1 Hipótesis Psicoanalítica.

A principios del siglo veinte, surgieron los hallazgos psicoanalíticos fundamentales y las formulaciones sobre la depresión. Karl Abraham (1912; cit. por Kashani y cols. 1981b) fue el primero que postuló un mecanismo dinámico en la depresión. Decía que el pesar y la melancolía son similares en algunos aspectos, pero existen diferencias. Es decir, aunque las dos son reacciones a la pérdida del objeto amado, la primera se considera como una reacción normal, pero en la segunda existe una considerable hostilidad y coraje hacia el objeto amado y perdido, que resulta en sentimientos de culpa en el individuo melancólico.

Freud (1917) describió la introyección como el mecanismo de defensa característico de la depresión. Mediante la introyección, el sujeto deprimido incorpora psicológicamente en el ego el objeto amado. Así, lo que hubiera sido una batalla externa entre el paciente y el objeto amado se vuelve un conflicto interno. Dicho conflicto involucra al superego y al ego del paciente, el cual ahora contiene el objeto de amor introyectado.

Freud demostró la importancia de la introyección en la depresión, señalando las diferencias entre el duelo y la

melancolía. Común a las dos condiciones resulta el sentimiento intenso de pérdida, pero en el duelo la persona vuelve a la realidad, a un estado de ánimo normal, y a relacionarse nuevamente, mientras que la persona melancólica persiste en su doloroso aislamiento del mundo.

La incapacidad del melancólico para adaptarse a, o resolver esta pérdida tiene sus raíces en la falla de la prueba de realidad. El melancólico es inconsciente del significado de la pérdida, la cual está en conexión a una relación objetal importante de sus primeros años de vida o a una meta importante, o a la necesidad de representar aquella unión.

Los autoreproches presentes invariablemente en la melancolía, dice Freud, se pueden entender como reproches hacia una persona importante emocionalmente, quien desilusionó o frustró al paciente, sugiriendo de esta manera que el paciente introyectó a dicha persona y vuelca los reproches hacia sí mismo. Los síntomas del melancólico, representan pues, un ataque del superego del propio paciente hacia la persona que lo desilusionó, pero ahora internalizada como parte de su propio sentido de sí mismo. Esta crisis emocional se manifiesta en el melancólico por una baja significativa en los sentimientos de autoestima. El proceso inconsciente, lento y doloroso en la melancolía de acuerdo a Freud, lleva al desprecio continuo de la persona hasta que el enojo del paciente cede, o la persona es considerada como sin valor.

Posteriormente otros autores han elaborado las conceptualizaciones básicas de Abraham y Freud de varias formas:

Melanie Klein (cit. por Segal, 1979) postula que normalmente

cada niño atraviesa una "posición depresiva" en respuesta a sus relaciones tempranas con los objetos. De acuerdo a esta teoría, alrededor de los seis meses de edad, el bebé comienza a percatarse de que sus experiencias buenas y malas no proceden de un pecho o madre buena y de un pecho o madre mala, sino de la misma madre que es a la vez fuente de lo bueno y de lo malo. Al percibir a la madre como objeto total, el bebé puede recordarla, o sea, recordar gratificaciones anteriores en momentos en que la madre parece frustrarlo, y anteriores experiencias de frustración mientras lo está gratificando. A medida que prosigue este proceso de integración, el bebé reconoce más y más claramente que es una misma persona -él mismo- quien ama y odia a una misma persona -su madre-. Se enfrenta entonces con los conflictos vinculados con su propia ambivalencia, y el motivo principal de la ansiedad que surge, es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado y de quien depende totalmente. Por ello, el niño siente la desesperación depresiva, la aflicción por este objeto perdido o destruido y la culpabilidad de haber destruido él mismo este objeto.

Concepto de Privación y Establecimiento de Vínculos.

Central a las teorías de René Spitz (1969) y John Bowlby (1961), se encuentra la hipótesis de que cuando existe un vínculo normal del niño con la madre y éste se ve afectado por la separación o la pérdida, el bebé desarrolla vínculos ansiosos con otros objetos o personas. Se cree que esta constelación de sucesos es análoga a la psicopatología afectiva y caracterológica

del adulto.

Spitz (1946; cit por Spitz, 1969) desde el punto de vista objetivo describe que los niños mayores de seis meses que fueron separados de sus madres, con las que habían establecido una relación satisfactoria, presentaban lo que este autor denomina una "depresión anaclítica", que se caracteriza por un desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito y un trastorno del desarrollo ponderal y general. Después de tres meses, la motricidad disminuye, la actividad autoerótica desaparece progresivamente y se instala el insomnio. Con esta sintomatología, después de una fase de resistencia, el niño entra en un estado de agotamiento que tiene consecuencias irreversibles.

En la década de los años cincuenta, gran parte de quienes trabajaban en psiquiatría y en psicología infantil habían aceptado los descubrimientos respecto a la influencia adversa que el cuidado maternal inadecuado durante la infancia, producía sobre el desarrollo de la personalidad, y llamaba la atención la aguda aflicción de los niños que se veían separados de aquéllos a quienes conocían y amaban. Sin embargo, en ningún momento dejaron de señalarse las deficiencias de la evidencia y la falta de una explicación adecuada de cómo los tipos de experiencia implicada, podrían ejercer efectos en el desarrollo de la personalidad.

En esa época se afirmaba que la razón por la cual un niño desarrolla un estrecho vínculo con su madre radica en que ella lo alimenta. Se postulaban dos tipos de vías, primaria y secundaria. Se considera el alimento como la vía primaria; la relación personal, calificada de dependencia, como secundaria. Por

ejemplo, si fuera verdad, un niño de uno o dos años se apegaría con facilidad a cualquiera que lo alimentara, y evidentemente ése no es el caso. Surgieron otras teorías alternativas, pero en opinión de Bowlby (1990), ninguna de las características que se proponían correspondían con su experiencia de los niños. Posteriormente, y debido a la gran influencia del trabajo de Lorenz (cit. por Bowlby, 1990) sobre la respuesta de seguimiento de los patitos y los ansarinos revelaba que en algunas especies animales podría desarrollarse un fuerte vínculo con una figura materna individual, sin el alimento como intermediario: porque estas crías no son alimentadas por los padres, sino que se alimentan a sí mismas atrapando insectos. Aquí había entonces un modelo conceptual alternativo al tradicional, el cual poseía una serie de características que parecían adaptarse al caso de los seres humanos.

Así mediante observaciones de la conducta de los niños en situaciones definidas, que incluían registros de los sentimientos y pensamientos que ellos expresaban, surgió el concepto de la "conducta de apego". Este paso contó con el gran apoyo de las conclusiones de Harlow (Harlow y Zimmermann, 1959; cit. por Bowlby, 1990), según las cuales en otra especie de primates -los macacos de la India- las crías muestran una marcada preferencia por una tierna "madre" ficticia, a pesar de que no proporciona alimento, en lugar de una dura, que sí lo proporciona. La "conducta de apego" es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se considera mejor

capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta obvio cuando la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados. En otros momentos, la conducta es menos manifiesta. Sin embargo, saber que la figura de apego es accesible y sensible le da a la persona un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y la alienta a valorar y continuar la relación. Si bien la conducta de apego es muy obvia en la primera infancia, puede observarse a lo largo del ciclo de la vida, sobre todo en situaciones de emergencia. Dado que se encuentra en casi todos los seres humanos (aunque según pautas variables), se la considera parte integral de la naturaleza humana y como algo que compartimos con miembros de otras especies. La función biológica que se le atribuye es la de la protección (Bowlby, 1990).

Han pasado treinta años desde que la teoría del apego fue presentada por primera vez como una manera útil de conceptualizar una forma de comportamiento de gran importancia. Durante ese tiempo ha sido aclarada y ampliada. Una de las reformulaciones consiste en la distinción que debe hacerse entre "apego" y "conducta de apego". Decir de un niño (o de una persona mayor) que está apegado o que tiene apego a alguien significa que está absolutamente dispuesto a buscar la proximidad y el contacto con ese individuo y a hacerlo sobre todo en ciertas circunstancias específicas. La disposición para comportarse de esta manera es un atributo de la persona apegada, un atributo persistente que cambia lentamente con el correr del tiempo y que no se ve afectado por la situación del momento. En contraste, la conducta de apego se refiere a cualquiera de las diversas formas de conducta que la

persona adopta de vez en cuando para obtener y/o mantener una proximidad deseada. Existen pruebas abundantes de que casi todos los niños habitualmente prefieren a una persona, por lo general su figura materna, a la cual acudir cuando están afligidos pero que, en su ausencia, se las arreglarán con alguna otra persona, preferentemente alguien a quien conocen bien. Así, aunque la conducta de apego puede ser manifestada en diferentes circunstancias con una diversidad de individuos, un apego duradero o un vínculo de apego está limitado a unos pocos. En el caso de que un niño no mostrara una clara discriminación de este tipo, es probable que estuviera seriamente perturbado (Bowlby, 1990).

En esta teoría, el concepto clave es el del sistema conductual. Este está concebido sobre la analogía de un sistema fisiológico organizado homeostáticamente para asegurar que una determinada medida fisiológica -como la temperatura sanguínea- se mantenga dentro de unos límites adecuados. Es decir, los límites fijados se refieren a la relación del organismo con personas claramente identificadas del entorno -o con otras características del mismo-, y en el cual los límites se mantienen por medios conductuales en lugar de fisiológicos.

También se ha arrojado nueva luz sobre el problema de la ansiedad de la separación, o sea la ansiedad por perder a alguien amado o quedar separado de él. Bowlby (1990) comenta: "El motivo por el cual la "simple separación" podría provocar ansiedad ha sido un misterio. Sin medios para evaluarlas, han proliferado muchas escuelas de pensamiento divergentes. Sin embargo, las dificultades desaparecen cuando se adopta un enfoque etológico.

Porque entonces se hace evidente que el hombre, al igual que otros animales, responde con temor a determinadas situaciones, no porque éstas conlleven un alto grado de dolor y peligro, sino porque indican un aumento del riesgo. Así, al igual que los animales de muchas especies -incluyendo al hombre- tienden a reaccionar con temor a un movimiento súbito o a un cambio marcado en el nivel del sonido o la luz porque ello tiene un valor de supervivencia, muchas especies -incluyendo el hombre- tienden a reaccionar ante la separación de una figura potencialmente dadora de cuidados, y por las mismas razones. Cuando vemos la ansiedad de la separación bajo esta luz, como una disposición humana básica, se puede comprender porqué las amenazas de abandonar a un niño, así como las amenazas de suicidio por parte de un progenitor, son causas comunes de ansiedad intensificada de la separación. Además este tipo de amenazas no sólo crean una intensa ansiedad sino que también despiertan ira -a menudo también en un grado intenso- sobre todo en los niños más grandes y en los adolescentes.

En tanto la ansiedad de la separación es la reacción habitual a una amenaza o al algún otro riesgo de pérdida, en cuanto al duelo Bowlby (1990) nos dice: Es la reacción habitual ante la pérdida una vez que ésta ha ocurrido.

Durante varios años los analistas identificaron las pérdidas ocurridas durante la infancia o en los últimos años de la vida como elementos que desempeñaban un papel intrascendente en las perturbaciones emocionales, especialmente en los trastornos depresivos; y alrededor de 1950 se habían propuesto una serie de teorías sobre la naturaleza del duelo y otras reacciones ante la

pérdida. Sin embargo, ninguna teoría había sido comprobada mediante la observación directa de cómo los niños normales de diferentes edades responden ante una pérdida. Enfocar el problema de manera prospectiva, condujo a Bowlby (1990) a diferentes conclusiones. Durante los años de la década del cincuenta Robertson y Bowlby, (1952; cit. por Bowlby 1990) habían generalizado la sucesión de respuestas observadas en niños pequeños durante una separación temporal de la madre, tales como la protesta, la desesperación y el desapego. Años más tarde, Bowlby realizó un estudio sistemático de la literatura existente sobre el duelo de adultos sanos. Quedaba claro que la sucesión de reacciones que tienen lugar generalmente era muy distinta de lo que los teóricos clínicos habían supuesto. Concluyendo, que el duelo en los adultos mentalmente sanos no sólo dura mucho más que los seis meses a menudo sugeridos en aquellos días, sino que descubrió que diversos componentes de las reacciones consideradas patológicas eran comunes en el duelo de personas sanas. Estos incluyen la ira dirigida a terceros, al sí mismo y a veces a la persona perdida, el descreimiento de que la pérdida ha tenido lugar, y una tendencia (a menudo inconsciente) a buscar a la persona perdida con la esperanza de reunirse con ella. Cuanto más claras eran las descripciones de los adultos ante el duelo, más claras eran sus semejanzas con las reacciones observadas en la infancia. Una vez obtenida la imagen exacta del duelo en personas sanas, es posible identificar rasgos que indican realmente una patología. También es posible distinguir muchas de las circunstancias que promueven un duelo saludable y aquéllas que se

mueven en una dirección patológica. Es posible considerar la creencia de que los niños son incapaces de hacer un duelo, como derivada de generalizaciones hechas a partir de análisis de niños cuyo duelo ha seguido un curso atípico. En muchos casos esto se ha debido a que el niño nunca había recibido información adecuada sobre lo ocurrido, o a que no tenía a nadie que se solidarizara con él, y lo ayudara a adaptarse gradualmente a la pérdida, al anhelo de su progenitor perdido, a su ira y su pena (Bowlby, 1990).

En una investigación realizada por Arieti y Bemporad (1980) desde el punto de vista psicodinámico, el adulto depresivo es un individuo quien como resultado de las prácticas de crianza y de otras experiencias, ha disminuido sus fuentes de gratificación y de significado a un grado peligroso. Más aún, sufre de una insuficiencia de alternativas cognitivas que lo llevan a la desesperanza y a la pérdida de significado de su medio ambiente. A esta conclusión llegaron los autores, quienes sobre la base de la psicoterapia intensiva de 40 pacientes deprimidos durante un período de dos décadas, efectuaron una revisión de la niñez de estos adultos encontrando, entre otros hallazgos, que la estructura familiar había sido muy estable, que eran familias excesivamente críticas y moralistas, y aunque en muchos aspectos no hubieran querido provocar estos efectos, hicieron que el niño se sintiera esencialmente devaluado, a menos que obtuviera la aprobación de los padres. De entre los pacientes con depresión severa, la madre frecuentemente asumió un papel dominante; entre los pacientes con depresión leve, el padre asumió este papel.

Gran parte de la niñez de los adultos severamente deprimidos fue empleada para defenderse de posibilidades negativas terribles, más que en aprender cómo manejarse a sí mismo o manipular a otros para agregar elementos positivos a la vida diaria. Así, de estas tempranas experiencias, concluyen los autores, el paciente depresivo va creándose pensamientos o creencias acerca de sí mismo y de los otros que son, de manera general, inconscientes pero que determinan gran parte de su conducta. Es la continuación de los patrones cognitivo-sociales infantiles, los cuales finalmente,

predisponen a la enfermedad depresiva y forman las bases de la organización de la personalidad depresiva.

Desde este mismo punto de vista, Bemporad y Lee (1984) estudiaron a 12 niños deprimidos con un rango de edad de entre 7 y 17 años, en términos del cuadro clínico que presentaban, las circunstancias familiares, factores psicodinámicos y del desarrollo.

Los hallazgos fueron que la sintomatología de la depresión variaba con el nivel de desarrollo de acuerdo a las habilidades cognitivas, sociales y emocionales. Cada niño había estado sometido a estrés severo por un periodo considerable de tiempo, y cuando se encontró algún precipitante, pareció ser el último en una larga serie de frustraciones y privaciones. Se encontraron características familiares relevantes, tales como padres deprimidos, conflictos maritales y aislamiento. Los padres estaban ausentes ya fuera física o emocionalmente, las madres por su parte, eran rechazantes o sobreprotectoras y frecuentemente utilizaban al niño deprimido para cubrir su necesidad de llevar a cabo la maternidad, de compañía o de apoyo emocional. En contraste al grupo de niños no deprimidos pero que igualmente estuvieron sometidos a estrés, se encontraron diferencias en las relaciones tempranas madre-hijo, en el vínculo emocional del niño hacia el padre, en adjudicar al niño un rol precoz y en una restricción del contacto con pares. Entre el grupo de niños deprimidos se encontraron dos tipos predominantes de personalidad: aquéllos que se sentían culpables por no vivir de acuerdo a los estándares paternos y aquéllos quienes se devaluaban, debido a que habían

sido el "chivo expiatorio" de uno de los padres. En estos grupos, sin embargo, el niño deprimido se sentía responsable por alguno de los padres y activamente buscaba la aprobación de los miembros de la familia.

II.2 Hipótesis Conductual

En general, esta hipótesis se centra en el aprendizaje, en las influencias ambientales, y en la adquisición y déficits de habilidades. Los síntomas de la depresión se consideran como el resultado de los problemas de interacción con el ambiente.

Lewinsohn, Biglan, y Zeiss, (1976, cit. por Kashani y cols., 1981b), plantean que las conductas depresivas y los sentimientos, son provocados por una baja tasa de reforzamiento positivo contingente a la respuesta. Encontraron que: 1) los individuos deprimidos producen menos conductas que otras personas; 2) reciben menos reforzamiento positivo que los individuos no deprimidos; 3) desarrollan menos habilidades sociales que los no deprimidos; y, 4) existe una relación entre la depresión y la cantidad y el tipo de actividades en las cuales el individuo se compromete. Además, el ambiente social provee reforzamientos en la forma de simpatía o comprensión e interés, los cuales ayudan a mantener la conducta depresiva.

McLean, Ogston, y Brayer (1973, cit. por Kashani y cols., 1981b), pusieron el énfasis en los trastornos de las relaciones interpersonales dentro de este modelo. Ellos ven la depresión como el resultado de la pérdida de la habilidad para controlar de manera efectiva el propio ambiente interpersonal. Es decir, las interacciones sociales son fuentes de reforzamiento positivo que han sido reducidas en las personas depresivas. Los déficits en las habilidades sociales pueden hacer que las personas deprimidas efectúen pocas demandas interpersonales y sufran de ansiedad y falta de reforzamiento (Kazdin, 1990).

Interacción Social en la Familia

La interacción en la familia, puede también jugar un papel muy importante en el desarrollo de la depresión infantil. En algunos estudios de este tipo las madres deprimidas muestran niveles más altos de afecto disfórico y una menor tasa de felicidad en sus interacciones con los otros miembros de la familia y, además dan menos reforzamientos a sus hijos (Biglan y cols., 1985). Otros estudios reportan que la depresión en los padres, los problemas maritales, el rechazo a los hijos, y la falta de afecto contribuyen a la depresión infantil (Welner, Welner, McCrary, y Leonard, 1977; Philips, 1979; Yesavage, y Widrow, 1985).

Modelo de la Indefensión Aprendida

Se ha establecido que las expectativas son determinantes importantes de la conducta en situaciones de ejecución y aprendizaje. La demostración de los efectos potencialmente devastadores de las bajas expectativas ha sido el de la producción de "La Indefensión Aprendida", llevado a cabo en animales de experimentación. Seligman, Maier, y Geer, (1968, cit. por Dweck, y Repucci, 1973), encontraron que un gran porcentaje de perros a los que se sometió a una situación de choques eléctricos inevitables, posteriormente no llevaban a cabo la tarea requerida, aún cuando la actividad instrumental daba la oportunidad de escapar a los choques. Así, el término de "Indefensión Aprendida" se refiere al aprendizaje o percepción de la independencia entre la respuesta emitida por el organismo y la presentación y/o alejamiento de los eventos aversivos.

Por lo tanto, este modelo postula que la persona deprimida percibe su conducta como independiente de los reforzamientos; esta percepción lleva a la desesperanza y a darse por vencido.

En un intento por demostrar los efectos de la baja expectativa de reforzamiento y la baja expectativa para controlar el reforzamiento en la realización de una tarea, Dweck y Repucci (1973) eligieron a 40 niños (20 niños y 20 niñas) a los cuales se les presentaron diseños de cubos con solución y diseños sin solución. Encontraron que cuando se sometieron a fracasos continuos no contingentes, el desempeño de algunos niños se deterioró, mientras en otros no, a pesar de que todos habían sido motivados hacia la resolución exitosa de la tarea y todos tenían la habilidad para hacerlo. Aquellos sujetos que persistieron a pesar de la prolongada exposición al fracaso, pusieron más énfasis en el papel que el esfuerzo juega en el resultado de su conducta. Sobre todo, los varones mostraron mucho más esta característica que las niñas. Los resultados apoyan la hipótesis de que aquellos niños que mostraron un empeoramiento en la realización de la tarea frente al fracaso, mantienen creencias diferentes acerca del control de los reforzamientos en algunas situaciones. Además, tienen la tendencia a atribuir el fracaso a la influencia de factores externos, e ignorar el papel de la motivación, por lo que revelan la creencia en su impotencia para controlar las consecuencias de los eventos. En esencia, se dicen a sí mismos que no importa cuanto se esfuercen o no, la consecuencia será la misma. Es decir, ya que ven las consecuencias de su conducta como relativamente independientes de lo que ellos hagan, se tornan indefensos o incompetentes.

II.3 Modelos Cognitivos

Los modelos cognitivos de la depresión enfatizan los estilos perceptuales y atributivos (causa-efecto), así como los sistemas de creencias que subyacen a los síntomas depresivos. El modelo de Beck y cols., (1985) señala la importancia de La Tríada Cognitiva de la Depresión, la cual incluye los puntos de vista negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Se considera que las cogniciones negativas afectan los juicios de la persona acerca del mundo y de las relaciones interpersonales, y contribuyen en la formación de síntomas afectivos, motivacionales y conductuales, característicos de la depresión. Los errores sistemáticos del pensamiento reflejan lo perjudicial de fijarse en los aspectos negativos de la experiencias, tales como la generalización de eventos específicos y las malas interpretaciones de la experiencia, en general.

Asimismo, el modelo de Seligman y cols. (1968, cit. por Dweck y Repucci, 1973) de la Indefensión Aprendida ha sido extendido y reelaborado mediante atributos específicos que la gente tiene acerca del porqué no puede controlar su medio ambiente y de lo dañino de estas influencias.

Al emplear estos modelos en la investigación de la depresión infantil vemos que Kazdin y cols., (1983) y Kazdin, Rodgers, y Colbus, (1986) encontraron resultados sugerentes de que las expectativas negativas acerca del futuro pueden ser evaluadas confiablemente en los niños mediante la Escala de Desesperanza, la cual incluye componentes afectivos, y motivacionales. Las expectativas negativas acerca de uno mismo y del futuro estuvieron

relacionadas con las pruebas para medir la depresión y el intento suicida y de manera negativa con la prueba de autoestima. Así, la correlación del patrón de desesperanza, depresión y autoestima apoya la hipótesis de la tríada cognitiva de la depresión descrita anteriormente.

Los modelos cognitivo y de la "indefensión aprendida" de la depresión, ven los patrones atributivos y de desajuste cognitivo como las características principales de los trastornos depresivos. Basándose en estos modelos, Asarnow y Bates, (1988) examinaron dichos patrones cognitivos y atributivos en niños deprimidos, no deprimidos y un subgrupo de niños que tenían historias de depresión, pero que no reportaban síntomas depresivos cuando fueron evaluados durante las dos primeras semanas de hospitalización. En la comparación entre los niños controles no deprimidos y los deprimidos, se encontró que estos últimos reportaron significativamente más indefensión, más autopercepciones negativas en una amplia variedad de habilidades y, además mostraron más estilos atributivos disfuncionales. Mientras el 55% de los deprimidos mostraron patrones de desajuste cognitivo, el otro 45% de los niños con historias de depresión calificaron de manera similar a los no deprimidos. Esto sugiere que los trastornos depresivos en los niños pueden ser heterogéneos con respecto a los patrones cognitivos, lo cual, no apoya a las teorías que plantean que los estilos atributivos y los rasgos cognitivos depresivos persisten después de la remisión de un episodio depresivo. El hecho de que los patrones cognitivos sean dependientes de un estado (o condición) o sean atribuciones bien

establecidas en los niños vulnerables a la depresión, queda por esclarecerse.

Por otra parte, en este estudio no se encontró que los niños con perfiles cognitivos depresivos tuvieran síndromes depresivos más severos o compartieran diagnósticos secundarios comunes.

También se ha visto (Asarnow y cols., 1987) que las estrategias ineficaces para enfrentar los eventos estresantes de la vida están asociadas con mayor psicopatología. En los niños, la depresión se asocia con una deficiencia en la resolución de problemas. Además, la investigación en adultos indica diferencias en los procesos para enfrentar situaciones entre los individuos con pocos y con muchos síntomas depresivos. A pesar de los reportes sobre las deficiencias en calidad y cantidad de las estrategias que utilizan los niños con trastornos de adaptación para resolver problemas sociales, no se ha encontrado relación alguna entre la depresión y el número de estrategias para enfrentar los estresores importantes de la vida.

Existe un desacuerdo sobre el déficit central de habilidades de la depresión adulta. En los niños se ha encontrado evidencia de que tanto la falta de habilidades académicas como sociales, estén asociadas con la depresión (Lefkowitz y Tesiny, 1980).

Al respecto, Blechman, McEnroe, y Carella, (1986) encontraron que mediante varias medidas de habilidad social y académica o cognitiva, tales como el cuestionario "Perceived Competence Scale for Children" el "Peer Nomination Inventory of Depression", así como el "Children's Depression Inventory", predijeron mejor la depresión en los niños. La calificación por los compañeros y el

auto-reporte de síntomas depresivos fueron más altas entre los niños con pocas habilidades, y más baja entre los niños con habilidades. La felicidad reportada por los compañeros fue más alta entre los niños con habilidades sociales que entre los niños con habilidades académicas. Sin embargo, concluyen los autores, que es necesaria una investigación longitudinal para sustentar la formulación causal de que la falta de habilidades, precede a la depresión.

De la misma forma, Lefkowitz y Tesiny (1980), evaluaron a 452 niños y 492 niñas mediante el instrumento denominado "Peer Nomination Inventory of Depression" y otros instrumentos de auto-reporte de depresión, así como calificaciones de maestros, concluyendo que los sujetos con calificaciones altas en el PHID mostraron un funcionamiento intelectual depresivo, socialización y espontaneidad disminuidas; además, percibían el control sobre los eventos como externo y tuvieron baja asistencia escolar.

II.4 Hipótesis Socioambiental

Esta hipótesis pone el énfasis en los eventos de la vida que pueden influenciar el inicio o la emergencia de los síntomas depresivos. Este punto de vista propone que, al menos, la depresión reactiva y tal vez otros tipos de depresión son el resultado de eventos estresantes, o de cambios ambientales que requieren un reajuste (Kashani y Cantwell, 1983). En población adulta, Paykel y cols., (1969) encontraron que los pacientes deprimidos reportaban tres veces más eventos estresantes que los pacientes del grupo control.

Parker y Manicavasagar (1986), encontraron que la muerte de uno de los padres en la niñez no se asocia a depresión en la vida adulta, factores tales como la clase social baja, la edad del niño cuando murió la madre, el ambiente familiar disruptivo posterior a la muerte, entre otros factores, fueron los que mejor predicen la depresión en la adultez. Asimismo, Yesavage y Widrow (1985), reportaron más actos autodestructivos en la vida adulta debidos a una historia de disciplina severa durante la infancia y por conflictos entre los padres, que por la experiencia de pérdidas.

Por otra parte, se ha visto que el riesgo de cometer un intento de suicidio se incrementa tras la muerte de un ser querido o un esposo(a), sugiriendo que la desesperanza y la depresión pueden seguir a los eventos estresantes (Kazdin, 1990).

Se ha reportado un alto número de intentos suicidas en adolescentes que no vivían con sus madres, que no tenían relaciones cercanas con ambos padres, o que tenían relaciones

poco afectuosas con la figura materna (King, Raskin, Gdowski, Butkus, y Opiari, 1990).

En los niños, Beck y Rosenberg (1986), encontraron datos sugerentes de que los niños disfóricos de clase media baja a media alta, experimentan más eventos estresantes recientes que niños con problemas conductuales o niños normales. Aún así, los niños deprimidos experimentaron eventos que resultaron de mayor estrés, que los otros dos grupos de niños.

El efecto acumulado de los eventos fuera del control de los niños requería un mayor ajuste y niveles más altos de cambio para los niños con calificaciones altas de depresión. Asimismo, los resultados indicaron que los niños deprimidos experimentaron más y mayores conflictos familiares, así como la muerte de un familiar, mientras los otros dos grupos control tuvieron menos conflictos familiares y no reportaron muertes.

Así, la relación entre la ocurrencia de eventos estresantes y la psicopatología en los niños es compleja. De cualquier manera, las cuestiones importantes se centran en cuáles de las características familiares, parentales o del propio niño sirven para mediar las diferentes reacciones ante el estrés.

II.5 Hipótesis Sociológica

Desde este punto de vista, la depresión viene a ser uno de los resultados de una estructura social, que priva a ciertas personas del desempeño de ciertos roles. Por ejemplo, este modelo ha sido utilizado para explorar la alta incidencia de la depresión observada en las mujeres. A pesar de que este modelo no ha sido muy utilizado en la literatura de la depresión infantil, (Kashani y cols., 1981a) resulta difícil separar las prácticas de crianza de las creencias generales de una cultura. Sin duda, gran parte de la formación de la personalidad posterior de un niño, parece resultar de la internalización de las actitudes de los adultos significativos en sus años formativos. Arieti y Bemporad (1980), al hacer una revisión de la niñez de adultos depresivos no encontraron la desorganización de las familias de esquizofrénicos o adultos psicópatas, sino más bien la estructura familiar podía haber sido muy estable, con poca tolerancia hacia la desviación individual de un patrón esperado. Generalmente uno de los padres era dominante y el resto de la familia aceptaba un papel de sometimiento.

II.6 Correlatos Biológicos

Durante la última década han surgido estudios sobre los aspectos biológicos de la depresión en los niños, como se ha hecho con este trastorno en los adultos. Estos estudios pueden arrojar luz sobre la etiología o pueden ser utilizados para el desarrollo de las pruebas de laboratorio. La posibilidad de que con una prueba de laboratorio se pueda confirmar el diagnóstico, resulta atractiva, ya que es más difícil diagnosticar a los niños que a los adultos. Sin embargo, el llevar a cabo estudios de los correlatos biológicos en los niños resulta ser más fácil en algunos aspectos, debido a que los niños presentan menos factores de confusión (por ejemplo, el abuso de alcohol, los trastornos mentales orgánicos, enfermedades graves o niveles significativos de drogas en sangre) que interfieren con los resultados de las pruebas. Por otra parte, el estudio de los correlatos biológicos en los niños presenta dificultades en otros aspectos debido a que las técnicas que se utilizan, son invasivas o molestas (los estudios con múltiples muestras de sangre y la colección de orina cada 24 horas, especialmente cuando existe enuresis). Estos aspectos son de gran importancia, ya que los preadolescentes, sobre todo, pueden percibir los procedimientos invasivos como un castigo, más que como un intento de ayudarlos.

Estudios Neuroendócrinos

Cortisol

La mayoría de las investigaciones en este campo se han centrado en la prueba de la supresión de la dexametasona (DST).

Normalmente, los corticoesteroides exógenos (dexametasona) suprimen la secreción de cortisol. Sin embargo, en la depresión, la secreción de cortisol no se suprime totalmente cuando se administra dexametasona (una DST positiva).

Puigh Antich, y Weston (1983) reportan que el 40% de los adultos depresivos endógenos y entre el 10% y el 15% de los preadolescentes con depresión mayor presentan también el patrón de hipersecreción de cortisol. Los autores creen que la baja prevalencia de este fenómeno en la preadolescencia puede deberse a influencias de la edad.

Poznanski, Carroll, y Banagas, (1981) reportan que aproximadamente dos tercios de una muestra pequeña de 10 preadolescentes con depresión endógena no suprimieron la secreción de cortisol con 0.5 mg de dexametasona, mientras que ninguno de los casos de cortisol escapó a la supresión. Concluyen que la supresión a la dexametasona y la hipersecreción espontánea de cortisol, pueden estar mediadas por diferentes mecanismos.

Petty, Asarnow, Carlson, y Lesser (1985), llevaron a cabo un estudio con siete niños con depresión mayor, seis con distimia y 17 sin trastornos afectivos. Se basaron en las hipótesis de que los niños con depresión mayor y aquéllos con trastorno distímico tendrán tasas similares de no supresión de cortisol; mientras que aquellos niños en los que claramente no hay depresión, mostrarán supresión y los niños que tienen síntomas depresivos pero no reúnen el criterio para depresión, variarán en su respuesta a la DST. La DST mostró una sensibilidad de 87% para el trastorno depresivo mayor pero una baja especificidad (53%). Los niños con

trastorno distímico después de tomar dexametasona tuvieron tasas de no supresión de cortisol, similares a los niños con depresión mayor, lo cual apoya los hallazgos de Kovacs y cols., (1984b) en el sentido de que el trastorno distímico es un "continuum" del trastorno depresivo mayor. Por otra parte, aunque la tasa de sensibilidad con esta prueba fue alta y asegura su utilidad en la evaluación de niños con depresión, la prueba sería de poca utilidad si sus resultados son también positivos en otros diagnósticos psiquiátricos, debido a la baja especificidad obtenida. Por lo tanto, se concluye que se necesitan más estudios con la DST en niños con otros diagnósticos diferentes al de depresión.

Por su parte, Weller y Weller, (1986) en una revisión sobre el tema reportan que la sensibilidad (el porcentaje de niños deprimidos que tienen una prueba positiva DST) va de un 14% a un 56% en pacientes de consulta externa deprimidos y un 79% en internos deprimidos. La especificidad (el porcentaje de niños no deprimidos que tuvieron una prueba negativa DST) se ha reportado en un 89% con controles normales y pacientes externos disfóricos pero no deprimidos.

Hormona de Crecimiento (GH)

Con respecto a la hormona de crecimiento (GH) se han observado anomalías en los preadolescentes deprimidos, así como en los adultos deprimidos endógenos que hiposecretan esta hormona en respuesta a la hipoglicemia inducida con insulina (Puigh-Antich, Tabrizi, y Davies, 1981). La hiposecreción no sólo

ocurre en los preadolescentes con depresión endógena sino en un tercio de deprimidos no endógenos en el mismo grupo de edad. La hiposecreción de GH es aún más frecuente en los preadolescentes que en los adultos depresivos, un hecho que puede reflejar ambas cosas, la gravedad de la enfermedad cuando se inicia tan tempranamente en la vida, y la virtual falta de estrógenos antes de la pubertad. Además, estos autores encontraron que los preadolescentes con depresión mayor, endógena y no endógena secretan significativamente más hormona de crecimiento durante el sueño, que los normales y que los controles psiquiátricos no deprimidos. Aproximadamente el 90% de la muestra de preadolescentes con depresión mayor pueden identificarse por tener por lo menos, una de estas dos anormalidades en la hormona de crecimiento. Es de gran interés que ambas anormalidades de la GH persisten en los preadolescentes con depresión mayor, aún después de haberse recuperado completamente del síndrome depresivo y sin haber tomado medicamentos durante por lo menos un mes (Puigh-Antich y Weston, 1983).

Estudios Neurofisiológicos

Los trastornos del sueño son bien conocidos como concomitantes de la depresión endógena en los adultos. La latencia prolongada del sueño (insomnio inicial), el decremento del sueño total, los despertares frecuentes y el despertar temprano (en la madrugada), se han estudiado mediante reportes subjetivos y medidas objetivas. Los trastornos en el sueño MOR (movimientos oculares rápidos) también están bien documentados. La latencia acortada al primer

sueño MOR (el período entre el inicio del sueño y la primera aparición de sueño MOR) y un primer período de sueño MOR largo con excesivos movimientos rápidos de los ojos en ese período, ocurre en el sueño de los adultos deprimidos. La latencia acortada del MOR es muy común en la depresión endógena.

Los pocos estudios poligráficos de niños deprimidos han producido resultados mixtos. Algunos reportan que los preadolescentes tienen una latencia más corta para el primer sueño MOR y otros investigadores no encuentran anomalías en la arquitectura del sueño de los preadolescentes con depresión.

Así, en un estudio polisomnográfico (Puigh-Antich, Goetz y Hanlon, 1982) no se encontraron diferencias significativas entre los preadolescentes con depresión mayor durante un episodio de la enfermedad, neuróticos no deprimidos y preadolescentes normales. Las latencias al MOR fueron muy estables entre los 130 y 170 min. en los 3 grupos. Sus porcentajes por etapas 1,2,3,4, y sueño MOR no mostraron diferencias significativas. De manera similar, no hubo diferencias en la eficiencia del sueño, número de minutos de movimiento corporal, número de despertares, latencia del sueño o densidad del MOR. Estos resultados en la arquitectura del sueño de preadolescentes deprimidos no apoya la hipótesis de que el trastorno depresivo mayor es igual en preadolescentes y adultos. Por lo que, la falta de hallazgos significativos en los preadolescentes con depresión mayor podría deberse a diferencias de maduración. Por otra parte, estos autores (Puigh-Antich y cols., 1982) también encontraron que los preadolescentes completamente recuperados y sin medicamentos, mostraban latencias

del primer MOR significativamente más cortas, comparadas con ambos grupos control, y también comparadas con ellos mismos antes del tratamiento durante un episodio depresivo. Concluyen, que la latencia del primer MOR podría ser un marcador del rasgo depresivo.

Si este hallazgo fuera confirmado, los cambios en el EEG podrían ser útiles como un marcador de un episodio pasado; es decir, podrían identificar episodios posteriores al primero (un verdadero marcador del rasgo es anormal antes del primer episodio de la enfermedad) (Akiskal y Weller, 1989).

Por otra parte, en un estudio con 13 preadolescentes y adolescentes deprimidos, y un grupo control apareado por edad, sexo y nivel de desarrollo, Lahmeyer, Poznanski, y Bellur, (1983) encontraron que como en los adultos, la latencia al primer MOR fue significativamente más corta y la densidad MOR fue significativamente más grande en el grupo deprimido. No hubo correlación entre la reducción de la latencia MOR y la severidad de la depresión pero hubo una correlación negativa significativa entre la latencia al primer MOR y la edad.

Estudios Neuroquímicos

En el trabajo pionero que realizaron Cytryn, McKnew, Logue, y Desai (1974), concluyeron que ocurren cambios en la excreción urinaria de metabolitos en los niños con trastornos afectivos y que dichos cambios son más pronunciados en niños con trastornos afectivos crónicos. Sin embargo, estas diferencias, especialmente en el 3-metoxi-4- hidroxifenilglicol (MHPG) no fueron consistentes

y tendieron a variar con la edad. En 1979, McKnew y Cytryn investigaron la excreción urinaria de MHPG, norepinefrina y ácido vanilmandélico (VMA) en 9 niños con reacción depresiva crónica y 18 sujetos normales. Los niños deprimidos excretaron significativamente menos MHPG que los controles, pero no hubo diferencias significativas en la excreción de norepinefrina o VMA.

II.7 Estudios en Genética y en Familias

Se ha establecido desde hace tiempo, que existen influencias genéticas y ambientales en los trastornos depresivos. Así, los parientes cercanos de personas con depresión mayor se encuentran más propensos a presentar el trastorno que los no parientes (Depue y Monroe, 1978).

A continuación veremos algunas de las contribuciones realizadas al respecto.

En 1979, McKnew, Cytryn, Efron, Gershon y Bunney, estudiaron a los hijos (entre 5 y 14 años de edad) de pacientes con trastornos afectivos, unipolar o bipolar y encontraron que de los 14 niños evaluados, cinco estaban deprimidos en las dos evaluaciones efectuadas en un lapso de cuatro meses entre una y otra y cuatro de las 16 niñas evaluadas, estuvieron deprimidas en ambas evaluaciones y 12 sólo en una. El cuadro clínico y las evaluaciones mostraron que los niños tuvieron correlaciones significativas de depresión en ambas entrevistas.

Los niños diagnosticados como deprimidos, mostraron síntomas de trastorno afectivo unipolar primario sin ninguna otra patología significativa. Por otra parte, ningún niño presentó características hipomaniacas a pesar de que 13 de los 15 adultos sufrían trastorno bipolar. Este hecho indica que los síntomas maniacos en los niños son raros.

Se ha llegado a concluir que el riesgo de morbilidad para trastornos afectivos es más alto para los parientes de sujetos que iniciaron su trastorno afectivo siendo niños o adolescentes, que para los descendientes de personas quienes tuvieron una edad de

inicio adulta. Más aún, el riesgo para los descendientes, como una función de la enfermedad parental, depende del número de padres afectados. Si alguno de los padres tiene la enfermedad, el riesgo para sus hijos es del 25% ; cuando los dos padres tienen un trastorno afectivo, el riesgo para su descendencia sube al 75%. Una historia familiar de trastornos afectivos, especialmente con padres que han tenido cambios frecuentes de pareja, es el factor de riesgo más alto para que su descendencia desarrolle la enfermedad. El riesgo conlleva componentes genéticos y ambientales (Gershon y cols., 1982)

Smeraldi, Gasperini, Macchiardi, Bussoleni, (1983) analizaron la distribución de la edad de inicio de trastornos afectivos en un grupo de 285 pacientes diagnosticados con trastorno afectivo mayor, ya fuera unipolar o bipolar y la contribución de los factores genéticos y demográficos que afectan esta distribución. Las conclusiones a las que llegaron estos autores fue que el trastorno bipolar, el tener al menos uno de los padres afectados y ser uno de los últimos integrantes en la familia, se asociaron con una edad más temprana de inicio del trastorno afectivo.

En el esfuerzo por evaluar las influencias relativas de los factores genéticos y ambientales o educativos en los trastornos afectivos, los investigadores han llevado a cabo estudios en gemelos y adopción.

La estrategia se basa en la hipótesis de que los gemelos monozigotos (MZ) son genéticamente idénticos, mientras que los gemelos dizigotos (DZ) no más, de lo que los hermanos lo son.

En el estudio de Bertelsen, Harvald, y Hauge (1977) en el que, por medio del Registro Danés de Gemelos se identificaron 110 pares de gemelos, y al menos alguno sufría de trastornos unipolar o bipolar, se reporta que la concordancia estricta para los 55 gemelos MZ fue del 67%, mientras que para los 55 pares de DZ fue del 20%. La alta concordancia de los MZ comparada con los gemelos DZ, se ha interpretado como determinada por factores genéticos, mientras que la concordancia menor del 100% de los gemelos MZ se ha interpretado como la contribución de factores no genéticos (generalmente atribuidos a influencias psicosociales). Sin embargo, dicen los autores, los factores "no genéticos" no necesariamente son sinónimo de psicosocial, pues existen numerosos factores ambientales que operan a través de mecanismos biológicos (como una infección, la dieta, alguna lesión al nacimiento, etc.) que efectivamente pueden considerarse como instrumentales en algunas formas de los trastornos afectivos.

Los estudios de adopción, por otra parte, constituyen un experimento social en el cual los factores genéticos y los familiares-ambientales que contribuyen en el desarrollo son separados, es decir, una pareja de padres aporta los genes, mientras la otra provee el ambiente familiar. De esta manera los efectos de los cambios en cualquiera de las dos situaciones son independientes y se pueden evaluar.

Ejemplo de lo anterior, es el estudio de seguimiento llevado a cabo por Cadoret (1978), con hijos adoptados de padres con trastornos psiquiátricos y con un grupo de adoptados, hijos de padres normales. El diagnóstico psiquiátrico de los adoptados se

determinó mediante entrevistas a los padres adoptivos y a los propios adoptados. La incidencia de depresión fue significativamente más alta en los adoptados de padres con trastornos (3 deprimidos de 8 adoptados), que los otros adoptados de quienes sus padres biológicos tenían otra condición psiquiátrica o estaban aparentemente sanos (8 deprimidos de 118). Los resultados sugieren un factor genético en los trastornos afectivos.

Por su parte Wender y cols. (1986) evaluaron la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en los padres biológicos y adoptivos de adultos adoptados con trastornos afectivos y en adoptados normales. Las evaluaciones psiquiátricas de los parientes se hicieron mediante diagnósticos independientes. Los análisis de datos mostraron una incidencia 8 veces mayor para la depresión unipolar entre los padres biológicos de los sujetos "casos" y una incidencia de 15 veces mayor para el suicidio entre los padres biológicos de los "casos". Estos datos demuestran que existe una contribución genética significativa para la depresión unipolar y el suicidio. Sin embargo, no existen datos que apoyen la hipótesis de una preeminencia de las influencias ambientales familiares en el desarrollo del trastorno unipolar.

II.8 Factores Ambientales Familiares

Por otra parte, los ambientes familiares negativos y caóticos han sido considerados como factores de riesgo para la depresión y la conducta suicida en los niños (Pfeffer, Plutchik, y Mizruchi, 1986). Se ha encontrado en niños preescolares que presentaban disforia y depresión, una historia familiar de enfermedad mental, abuso de drogas, violencia física, rechazo e inconsistencia (Kashani, Carlson, Horwitz, y Reid, 1985; Kashani y Carlson, 1987). Asimismo, en muestras de población general se reportan niveles altos de depresión asociados a problemas maritales durante el embarazo y con problemas conductuales posteriores, en los niños (Caplan y cols., 1989).

En otro estudio se observó que algunos factores sociodemográficos, como los hogares desintegrados y el bajo nivel socioeconómico, se asocian de manera significativa a la presencia de padres con trastornos afectivos (Harjan, 1989).

En los adolescentes deprimidos también se encuentran antecedentes familiares psiquiátricos frecuentemente (Chinchilla y cols., 1987) así como descripciones negativas del ambiente familiar y rechazo de las madres a sus hijos (Lefkowitz y Tesiny, 1980).

En muestras psiquiátricas las conductas suicidas se observan más frecuentemente en niños y adolescentes con historias de familias conflictivas, con poco control y desapegadas, (Taylor y Stansfeld, 1984; Asarnow, Carlson, y Guthrie, 1987). También en aquéllos con antecedentes familiares de conducta suicida o depresión (Garfinkel, Froese, y Hood, 1982).

II.9 Suicidio.

La depresión y el intento de suicidio se han estudiado casi exclusivamente en los adultos. Recientemente, la investigación en la depresión en los niños ha avanzado considerablemente con la aplicación de los criterios diagnósticos de los trastornos afectivos de adultos (RDC y DSM III) en los niños y adolescentes y con la emergencia de medidas de evaluación de la severidad de la depresión en la niñez.

Así, vemos que Garfinkel y cols. (1982) encontraron que 505 niños y adolescentes por arriba de los 7 años habían tenido intentos suicidas. El material provino de una revisión de siete años de las admisiones de un hospital de emergencias pediátricas. Hubo tres veces más niñas que niños y los niños eran significativamente más jóvenes. Las características que los distinguían del grupo control fueron la religión, la situación de vida, el abuso de sustancias, que cursaban con alguna enfermedad psiquiátrica, que habían recibido psicoterapia y que tenían una enfermedad física. Asimismo, sus familias tenían más enfermedades psiquiátricas (en primer lugar, abuso de drogas o alcohol) suicidio, desempleo y ausencia del padre o de la madre, que los niños del grupo control. Los intentos de suicidio generalmente ocurrieron en el invierno, al salir de la escuela o por la tarde, en su casa con alguien cercano y por sobredosis de alguna droga.

Weiner y Pfeffer (1986) estudiaron a 106 preadolescentes internos en un hospital psiquiátrico. Uno de los aspectos que evaluaron fue el de la co-ocurrencia de depresión con otros diagnósticos y también la relación del suicidio con estos

diagnósticos. Encontraron que la conducta suicida estuvo asociada con otros diagnósticos psiquiátricos pero especialmente con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Todos los niños con este diagnóstico mostraron conducta suicida. El otro diagnóstico con el cual el trastorno de depresión mayor se relacionó significativamente, fue el trastorno de personalidad límite. La co-ocurrencia de estos dos diagnósticos no se relacionó con conductas suicidas más serias. Por otra parte, las calificaciones de inteligencia no estuvieron relacionadas con la severidad de la depresión ni con el suicidio.

Kosky, Silburn y Zubrick, (1986) por su parte, investigaron las variables demográficas y clínicas de 481 niños menores de 15 años de edad, los cuales mostraban depresión y 147 niños con este síntoma y que además tenían ideas de suicidio. Los resultados mostraron que la ideación suicida estuvo asociada con relaciones familiares disruptivas y hostiles. También se asoció con la edad en las niñas (mayores de 12 años). Las experiencias de pérdida objetal, estuvieron relacionadas con depresión más que con la ideación suicida per se. No se encontró ningún síntoma específico psiquiátrico, emocional o de trastorno de conducta para diferenciar a los dos grupos. De manera similar, ni las relaciones extrafamiliares y ni las sociales fueron rasgos que diferenciaran a los grupos. Los niños con ideación suicida no tenían más trastornos en las relaciones con compañeros, ni aislamiento social que los no suicidas deprimidos y tampoco pudieron ser identificados por los maestros u otros adultos responsables. Las conclusiones a las que llegaron Kosky y cols. (1986), fueron que

los niños con ideación suicida muestran un amplio rango de síntomas emocionales y de conducta.

La relación importante entre los sentimientos de depresión y la ideación suicida en niños, también reportada por Weiner y Pfeffer (1986), se confirma en este estudio, ya que la vasta mayoría de los casos descritos como positivos de ideación suicida, fueron también positivos para depresión sintomática. Los hallazgos de este estudio sugieren que otros síntomas psiquiátricos no son predictores poderosos de la ideación suicida en los niños, mientras las relaciones ambientales familiares sí lo son. Estos autores encontraron que la ideación suicida en los niños deprimidos está fuertemente asociada con las interacciones familiares deterioradas y hostiles.

Por otra parte, la relación entre la desesperanza, la depresión y el intento de suicidio ha sido el foco de atención de varios estudios. Es decir, entre las muchas características de la depresión en el adulto, la desesperanza ha sido identificada como factor central. La desesperanza se ha definido como las expectativas negativas acerca de uno mismo y acerca del futuro. En varios estudios con pacientes psiquiátricos adultos y muestras de sujetos normales (población general) la desesperanza se ha correlacionado en un rango de moderado a alto, con la severidad de la depresión. Sin embargo, la desesperanza ha mostrado correlacionarse de manera más importante con el intento de suicidio que con la depresión (Beck, Rush y Shaw, 1985). El que la desesperanza juegue un papel en la depresión y el intento de suicidio en la infancia, es especialmente interesante, debido a la

creencia de que los niños son incapaces de conceptualizar bien el futuro y como consecuencia, no mostrar las expectativas negativas que caracterizan a los pacientes deprimidos adultos (Bemporad y Wilson 1978; Rie 1966).

Derivado de lo anterior, Kazdin, French, Unis, Esveltd-Dawson y Sherick, (1983) evaluaron la desesperanza, la depresión y el intento suicida entre niños de 8 a 13 años de edad, hospitalizados en un servicio de psiquiatría. Como se esperaba, los niños que calificaron alto en la escala de desesperanza mostraron más frecuentemente depresión severa y una menor autoestima que los niños que calificaron bajo en la escala. Los niños que evidenciaron intento o ideación suicida, independientemente del diagnóstico, mostraron mayor desesperanza que los niños que no tuvieron intento suicida. El intento suicida se correlacionó mejor con la desesperanza que con la depresión. Finalmente, los resultados de estos autores sugieren que las expectativas negativas acerca de uno mismo y del futuro pueden evaluarse en niños y están relacionadas, ambas, a la depresión y al intento suicida.

Al estudiar una muestra de 30 niños (internos en un hospital psiquiátrico) de entre 8 a 13 años de edad, a los que se les aplicaron escalas tales como "The Perceived Competence Scale for Children", "The Family Environment Scale", "The Coping Strategies Test", además de otras pruebas de inteligencia, depresión y desesperanza, Asarnow y cols. (1987) encontraron que la conducta suicida estuvo asociada con la tendencia de los niños a percibir a sus familias como con poco control y cohesividad, además de

conflictivas. Los niños suicidas también generaron espontáneamente y de manera significativa, menos estrategias cognitivas para afrontar los eventos estresantes de la vida, que los niños no suicidas. La depresión estuvo asociada primordialmente con variables que reflejaban tendencias cognitivas negativas. Sin embargo, estas tendencias no estuvieron generalizadas a todos los contextos situacionales.

Finalmente, la evidencia indica que entre el 27% y el 52% de las muestras clínicas, los niños llenan los criterios para trastornos depresivos y que muchos de ellos sufrirán recaídas y disfunción continua; además con gran probabilidad, tendrán intentos suicidas (Kovaks y cols. 1984a; 1984b; Carlson y Cantwell 1982).

Las tasas de suicidio consumado antes de los 14 años son bajas, sin embargo, la ideación suicida y los intentos suicidas son comunes en los preadolescentes. Los intentos no fatales y la ideación suicida han sido anteriores a los suicidios fatales y algunas veces ocurren en el contexto de una depresión. La relación entre depresión y conducta suicida no está clara. Aunque existe un traslape considerable, hay una ocurrencia sustancial de niños deprimidos no suicidas así como de niños suicidas no deprimidos (Asarnow y cols., 1987).

III. TRATAMIENTO DE LA DEPRESION INFANTIL

III.1 Tratamiento Farmacológico

La literatura relacionada con el tratamiento farmacológico de la depresión en los niños ha producido muchos estudios. Los antidepresivos han sido utilizados para los niños en edad escolar desde 1962 y en niños preescolares por arriba de los 18 meses de edad, desde 1966 (Frommer, 1972).

El tratamiento de la depresión con medicamentos antidepresivos es comúnmente practicado por los paidopsiquiatras europeos. Sin embargo, existe el consenso de que cuando estos fármacos se utilizan, deben formar parte de un plan de tratamiento más amplio que incluye como aspecto muy importante, el ambiente familiar y escolar del niño.

Desafortunadamente, la mayoría de los estudios de tratamiento farmacológico tienen fallas metodológicas que llevan a resultados no concluyentes. Los errores más frecuentes son: 1), la ausencia de un criterio diagnóstico explícito para la depresión en la infancia o la utilización de un criterio que no es aceptado generalmente; 2), la ausencia de un grupo control, y 3), la no utilización de un procedimiento ciego para evitar los sesgos al evaluar la eficacia del medicamento. (Akiskal y Weller, 1989)

Ling y cols., (1970) estudiaron 25 niños que padecían de dolor de cabeza; diez de ellos fueron diagnosticados con depresión. Posteriormente los trataron con imipramina y amitriptilina y encontraron que 9 mejoraron. Estos autores se encuentran entre los primeros investigadores que utilizaron un criterio diagnóstico

claro, pero a su estudio le falta un grupo control y un diseño doble ciego.

Frommer (1972), hizo una distinción entre niños preescolares agresivos y no agresivos tratando a ambos grupos con antidepressivos. Los pacientes no agresivos deprimidos tuvieron una respuesta positiva al tratamiento, pero los niños agresivos deprimidos tuvieron una respuesta pobre y un tratamiento más largo. Sin embargo, en este estudio, se incluyeron síntomas como anorexia, enuresis, actos delictivos, situaciones de estrés reciente, y angustia, lo que hace que sus resultados sean difíciles de interpretar.

Kuhn y Kuhn, (1972) trataron a 100 preadolescentes con antidepressivos. Aquéllos que respondieron bien a las drogas fueron los que tuvieron un EEG más maduro y tenían una historia familiar de trastornos afectivos. Sin embargo, no reportan ningún criterio diagnóstico o las dosis aplicadas.

Weinberg y cols., (1973) hicieron el diagnóstico de depresión en 42 de 72 niños referidos a un centro de diagnóstico educativo. Se recomendaron antidepressivos a 35 niños y a 19 de estos niños se les dió amitriptilina o imipramina. La dosis mínima fue de 25 mg/24 hrs. y se reportó una marcada mejoría en 16 de los 19 niños. En comparación, el grupo no tratado no tuvo cambios. En este estudio se reporta el diagnóstico específico, sin embargo no hacen una diferenciación entre los grupos que recibieron amitriptilina o imipramina, además no emplean procedimientos de control doble ciego.

Utilizando el RDC, Puigh-Antich y cols., (1978), diagnosticaron 13 niños que llenaron el criterio de depresión mayor. De estos niños, a 8 se les dió imipramina, comenzando con una dosis de 4-5 mg/kg a día. A todos los niños se les mantuvo con una dosis máxima durante 3 a 4 semanas antes de ser clínicamente evaluados y 6 de los 8 tuvieron una buena respuesta a la imipramina después de 8 semanas. Este estudio fue abierto y se justificó como estudio piloto. Los autores sin embargo, subrayan la importancia de investigaciones con un procedimiento doble-ciego.

Posteriormente, Puigh-Antich y Weston (1983), llevaron a cabo dos estudios con la misma muestra de niños que llenaban los criterios para depresión mayor del DSM-III: a) un estudio controlado doble-ciego con imipramina a dosis de 5.0 mg/kg/día y b), un estudio de la relación entre el nivel plasmático de imipramina más desmetilimipramina y la respuesta clínica. La tasa de respuesta fue del 60% para el grupo que recibió placebo y también del 60% para el grupo que recibió imipramina; la imipramina, se administró en una dosis hasta de 5.0 mg/kg/día. Sin embargo, cuando el grupo que recibía imipramina se subdividió de acuerdo a los niveles plasmáticos por arriba y por debajo de 155 ng/ml., la respuesta en el grupo con niveles plasmáticos altos fue de 100%, mientras en el grupo con niveles bajos fue sólo de 33 %.

En resumen, la efectividad de la imipramina en el tratamiento de niños y preadolescentes con trastorno depresivo mayor no ha recibido la aprobación general. Los datos muestran que el nivel plasmático puede ser una variable importante para determinar la respuesta clínica. Como en los adultos, la dosis no predice el

nivel plasmático.

Por otra parte, en los adolescentes la respuesta a los antidepresivos ha sido todavía menos favorable que en los otros grupos. Las tasas de respuesta se encuentran en un rango del 40% al 50%, lo que se aproxima a las tasas de respuesta a placebo. Los altos niveles de las hormonas sexuales durante la adolescencia parecen disminuir la eficacia de los antidepresivos tricíclicos (Akiskal y Weller, 1989). Un resultado experimental sobre este aspecto de la falta de respuesta, es la baja regulación del receptor beta (que se cree subyace a la acción de los tricíclicos), el cual es más difícil de inducir en animales jóvenes. Otra explicación que también pertenece a la relativa ineficacia del tratamiento con antidepresivos en la depresión infantil, es la posibilidad de que la mayoría de las depresiones antes de los 18 años sean estados prebipolares mezclados y podría ser que respondieran mejor al carbonato de litio (Delong y Aldershof, 1987)

El carbonato de litio se ha utilizado en niños y adolescentes con depresión o enfermedad bipolar, resistentes al tratamiento con antidepresivos tricíclicos. Como con los tricíclicos, su utilización se ha basado más en la experiencia empírica que en estudios controlados. Por lo tanto, no existen datos del rango terapéutico óptimo de litio para los niños. El carbonato de litio ha sido recomendado en adolescentes con hipersomnia, con una historia familiar de trastorno bipolar, aún en ausencia de una historia personal de hipomanía o manía; estos pacientes son generalmente refractarios a la psicoterapia y los tricíclicos

tienden a provocar un cambio hacia la hipomanía o la manía (Delong y Aldershof, 1987). En conclusión, los principios terapéuticos que funcionan en los trastornos afectivos en los adultos son relativamente nuevos en la psiquiatría de niños y adolescentes. Existe una creciente apreciación de que los trastornos afectivos de los niños son biológicamente más severos que en su contraparte, los adultos y que los trastornos sociales y otras complicaciones pueden ser profundas y persistentes o permanentes. (Akiskal y Weller, 1989).

La intervención temprana con farmacoterapia, especialmente el litio, está generalmente indicada en los hijos deprimidos de los pacientes bipolares, y en los episodios de manía recurrente en adolescentes con depresión psicótica; el mantenimiento con litio puede ser una opción antes de que el paciente abandone el hospital. Finalmente, debido a la incidencia de trastornos afectivos personales y familiares, especialmente el trastorno bipolar en los jóvenes suicidas, el mantenimiento con terapia timoléptica (junto con medidas sociales de apoyo) es un abordaje adecuado para prevenir el suicidio en este grupo de edad (Delong y Aldershof, 1987).

III.2 Psicoterapia

Hasta ahora existe poca evidencia científicamente aceptable que apoye la efectividad o la ineffectividad de la psicoterapia en niños, la orientación a padres y la terapia familiar en preadolescentes o adolescentes con depresión. También existe poca evidencia sobre la mayoría de los trastornos infantiles, en donde

la intervención psicosocial sea el tratamiento de elección de muchos clínicos.

Los estudios recientes de psicoterapia en la depresión de adultos revela que la psicoterapia interpersonal ayuda a mejorar el funcionamiento psicosocial de los pacientes en quienes los antidepresivos tricíclicos han producido y mantenido una mejoría de los síntomas depresivos (Weissman, 1978; cit. por Puigh-Antich y Weston, 1983).

En un estudio controlado, se evaluaron las relaciones interpersonales de niños deprimidos con sus madres y con sus compañeros. Los datos indicaron que las relaciones madre-hijo eran marcadamente deficientes en los niños deprimidos durante la enfermedad en comparación con los niños normales y con los neuróticos no deprimidos. De manera similar, los niños deprimidos, durante la enfermedad tuvieron relaciones con sus compañeros muy restringidas. Comparados con los normales, y con los niños con trastornos emocionales pero no deprimidos, se encontró que éstos también tenían trastornos en las relaciones con sus madres y con sus compañeros pero en menor grado que los niños deprimidos. Posteriormente, 14 de los niños deprimidos fueron reevaluados 3 ó 4 meses después de que se recobraron del síndrome depresivo y estuvieron en tratamiento con imipramina. Los resultados fueron que su relación con compañeros era casi igual que durante la enfermedad. Por otra parte, las relaciones madre-hijo habían mejorado moderadamente, aunque seguía siendo peor que los niños normales y que los niños con trastornos emocionales durante su enfermedad.

Estos resultados tal vez no son compatibles con un efecto

inmediato en las relaciones interpersonales de los niños con depresión, sino más bien con un efecto a largo plazo. (Puig-Antich y Weston, 1983).

Este estudio señala la necesidad de desarrollar y evaluar intervenciones psicosociales, especialmente aquéllas dirigidas hacia el mejoramiento de las relaciones interpersonales en los preadolescentes y adolescentes con depresión.

Desde otra perspectiva, las terapias cognitivas han desarrollado intervenciones terapéuticas diseñadas para alterar las cogniciones negativas. Las evaluaciones comparativas han llegado a sugerir que la terapia cognitiva es equivalente por su efectividad a la medicación con tricíclicos (Mathews, 1986) y que este tipo de terapia puede ser particularmente útil para prevenir recaídas.

Por su parte, las terapias psicoanalíticas tradicionales, se centran en el significado de las experiencias pasadas, en los conflictos intrapsíquicos, las defensas y en el análisis de la relación paciente-terapeuta. El trabajo con niños ha requerido modificaciones de las técnicas utilizadas, pero se emplean los mismos principios.

La implicación de los abordajes cognitivos, así como también el desarrollo de muchas otras terapias psicológicas sería, que es necesario poner mucha atención sobre la manera en que la gente piensa de sí misma y de sus experiencias, y la forma en la cual, actualmente enfrentan las situaciones en la vida (Rutter, 1987).

IV. EVALUACION DE LA DEPRESION INFANTIL

IV.1 Instrumentos de Evaluación

Como consecuencia de la considerable confusión sobre el concepto y la presencia de la depresión en la infancia, surge la necesidad de emplear un método sistemático, estructurado y replicable para medir dicha entidad.

La identificación de las características de la depresión en los niños, así como la evaluación de su intensidad, son factores importantes para el campo de la investigación y las posibilidades de prevención y tratamiento.

Asimismo, si bien es cierto que un cuestionario o una escala habitualmente no nos proporciona un diagnóstico, sí es una herramienta útil para el clínico, ya que le proporciona una evaluación más precisa acerca de la severidad de la depresión.

En años recientes se han venido diseñando instrumentos de evaluación para medir dicha entidad en niños y adolescentes. Básicamente, las técnicas diseñadas caen dentro de dos clases: inventarios autodescriptivos y entrevistas clínicas; algunos pueden ser aplicados paralelamente a adultos significativos para el niño, como padres, maestros, personal clínico, etc.

I. Inventarios autodescriptivos: Sirven como instrumento de tamizaje y por tanto, en investigaciones de detección; por lo que son de utilidad tanto para el epidemiólogo como para el clínico:

1. Children's Depression Inventory (CDI, Kovacs y Beck, 1977). Es un inventario autodescriptivo que consta de 27 reactivos, puntuados en una escala de 0, 1, ó 2 puntos. Se aplica

a niños de 7 a 17 años de edad. Se especifica una duración de la sintomatología de 2 semanas. La confiabilidad se demostró por consistencia interna, correlaciones entre reactivos y entre éstos y el total, y mediante test-retest. Es un inventario derivado del de adultos (Beck Depression Inventory, BDI) de los mismos autores. (Kazdin, 1981; Kazdin, 1990).

Al llevar a cabo una serie de estudios (Saylor, Spirito y Bennett, 1984) para determinar las propiedades psicométricas de este instrumento (CDI) se encontraron los siguientes resultados. Los estudios de confiabilidad con 294 niños de población escolar y 269 niños internos en un hospital psiquiátrico muestran una buena consistencia interna, pero los datos del test-retest fueron variables para ambas poblaciones y en los intervalos entre ambas aplicaciones. Los estudios de validez indicaron que el CDI puede discriminar niños con trastornos emocionales en los niños de población escolar. Hubo buena correspondencia entre el CDI y los autoreportes de autoconcepto. Los datos sugieren que el CDI mide un constructo multidimensional que se sobrepone a otros trastornos en los niños, especialmente con la ansiedad. Por lo que concluyen los investigadores que se necesitan más estudios para confirmar su utilidad clínica y en investigación .

2. Short Children's Depression Inventory (SHORT-CDI, Carlson y Cantwell, 1979). Es un inventario que consta de 13 reactivos calificados en una escala de 0 a 4. Se aplica a niños de 7 a 17 años de edad. Deben existir más de 8 síntomas para determinar depresión. Especifica una duración de la sintomatología de la semana anterior (a su aplicación). La confiabilidad no se reporta.

La validez de criterio se demostró con el DSM-III, Trastornos Afectivos, haciendo hincapié en el estado de ánimo, la disforia y la anhedonia (Kazdin, 1990).

3. Self-Rating Scale (SRS, Birlleson, 1980). Es un inventario que consta de 18 reactivos, puntuados de 1 a 3. Aplicable a niños de 7 a 13 años de edad. La puntuación para el diagnóstico de depresión es de 13 puntos, y la sintomatología reportada es de una semana de duración. Se basa en los criterios de Feighner y cols. (1972 cit. por Birlleson, 1980), por lo que tiene validez de criterio; tiene además validez de contenido y sus elementos se sometieron a análisis con buenos resultados. Pone énfasis en el estado de ánimo, la disforia y la anhedonia y no cubre todos los criterios del trastorno (Kazdin, 1981).

4. Modified Zung (M-ZUNG, Lefkowitz y Tesiny, 1980). Este inventario autodescriptivo consta de 16 reactivos, los cuales se califican por la presencia o ausencia de la sintomatología, pero no cubre todos los criterios sino sólo humor, disforia y anhedonia. Es aplicable a niños entre 4o. y 5o. grado. No se reporta la duración de la sintomatología ni la confiabilidad. Se derivó de la escala para adultos y las modificaciones incluyen la reducción de reactivos. (Kazdin, 1981).

5. Beck Depression Inventory (BDI-A modificado para adolescentes, Chiles y cols., 1980). Del inventario autodescriptivo para adultos, se derivó el de adolescentes con 33 reactivos puntuados en una escala de 0 a 3 puntos. Se le hicieron modificaciones en el lenguaje más que en el contenido. Se aplica en adolescentes de 13 a 15 años. Tiene consistencia interna, su

confiabilidad se demostró mediante test-retest y el análisis factorial reveló cuatro factores. (Kazdin, 1981; Kazdin, 1990).

6. Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Modificado para niños CES-D, Weissman y cols., 1980). Este inventario autodescriptivo se derivó de la escala para adultos y se aplica a niños de 6 a 17 años. Consta de 20 reactivos puntuados de 0 a 4. El diagnóstico de depresión se da con una puntuación mayor a 15. La sintomatología reportada se refiere a la semana anterior a la aplicación. (Kazdin, 1990).

En un estudio realizado por Faulstich, Carey, Ruggiero, Enyart, y Gresham, (1986) para comprobar las propiedades psicométricas del CES-D, evaluó a 148 niños y adolescentes de población psiquiátrica. La confiabilidad test-retest, la consistencia interna y la validez concurrente fueron adecuadas. El análisis de componentes principales identificó tres factores: un componente conductual, uno cognitivo de depresión y una dimensión de alegría. Sin embargo, los análisis subsecuentes por factor y el total de las calificaciones del CES-D no discriminaron los diagnósticos del DSM-III, incluyendo las categorías depresiva y no depresiva. El instrumento mostró poca confiabilidad y validez en los niños pero tuvo propiedades psicométricas adecuadas para los adolescentes. Se concluyó que es necesaria más investigación sobre su validez antes de que se recomiende su utilidad clínica estandarizada.

Por su parte Schoenbach, Kaplan, Grimson, y Wagner, (1982) realizaron un estudio con alumnos de secundaria en el que 11 de 184 estudiantes completaron la escala del CES-D. Los patrones de

síntomas que reportaron fueron consistentes con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor del Research Diagnostic Criteria. Estos 11 sujetos se concentraron en el 12% del límite superior de la distribución de las calificaciones de síntomas y tuvieron una prevalencia que excedía al total de la población en estudio por un factor de tres o más. Predominaron los hombres negros de bajo ingreso. Las conclusiones a las que llegaron los investigadores fueron: que un cuestionario de autoreporte puede ser utilizado para detectar un "síndrome" depresivo en adolescentes. La prevalencia de dicho síndrome es similar a la estimada para los adultos y adolescentes jóvenes, pero considerablemente menor a la estimada de las calificaciones totales de la escala y de los puntos de corte.

Finalmente, comentan que la baja prevalencia encontrada es consistente con las expectativas acerca de un trastorno psiquiátrico, más que por una crisis normativa del desarrollo.

II. Las entrevistas en este caso, requieren personal especializado, por lo que el costo es más elevado y para el caso de estudios epidemiológicos, resultan poco prácticas en un primer contacto con la población, no así, al momento de la confirmación del caso y en trabajo clínico, donde resalta su importancia.

1. Children's Depression Rating Scale (CDRS, Poznanski y cols., 1979). La escala de depresión para adultos conocida como Hamilton Depression Scale sirvió de base para esta escala para niños de 6 a 12 años de edad. Consta de 16 elementos que se califican posteriormente a la entrevista según una escala de

intensidad de 6 puntos. El CDRS puede administrarse también a los padres y a otras figuras significativas para el niño de tal forma que se combinen las fuentes de información. (Kazdin, 1990).

Esta escala había sido utilizada inicialmente en población pediátrica, pero debido a que los niños son muy pequeños, tienen dificultades para describir sus sentimientos (Poznanski, Cook, y Carroll, 1979). Posteriormente se realizó otro estudio (Poznanski, Cook, Carroll, y Corzo, 1983) para evaluar su utilidad en un servicio de pacientes hospitalizados de entre los 6 y los 12 años de edad. El criterio diagnóstico de depresión que se utilizó fue el desarrollado por Poznanski y cols., (1979). Se encontró que en general el CDRS mide la severidad de la depresión. Una calificación de 15 se considera como la línea base de normalidad para cada elemento. Casi todos los niños con calificaciones por debajo de los 25 puntos no fueron calificados globalmente como deprimidos. Sin embargo, los límites entre las depresiones media, moderada y severa no fueron claramente delineados; parece que las calificaciones entre 25 y 35 puntos pertenecen al rango de depresión leve y los puntajes por arriba de 35 indican categorías de depresión de moderada a severa. Por otra parte, en este estudio se incluyeron el pensamiento mórbido y la ideación suicida. El pensamiento mórbido ocurrió con o sin ideación suicida. También se incluyó la hiperactividad, ya que se pensó que representaría a la depresión enmascarada, pero los resultados obtenidos mostraron que la característica de estos niños deprimidos fue la hipoactividad más que la hiperactividad.

Los niños con ansiedad por separación, fueron difíciles de

evaluar. Algunos tenían afecto deprimido sin manifestar las características cardinales de un síndrome depresivo, mientras otros mostraron el cuadro opuesto. La confiabilidad entre calificadores mejoró cuando las madres estuvieron presentes. Concluyen los investigadores que son necesarios más estudios en este grupo de pacientes para confirmar la utilidad del instrumento en este tipo de población.

2. Kiddie-SADS (Chambers y cols., 1978). Los reactivos se seleccionaron sobre la base de los criterios del RDC (Research Diagnostic Criteria) cuya tipología determinó las subescalas de esta entrevista. Permite el diagnóstico en niños de 6 a 16 años de edad. Los síntomas se puntúan según su severidad y duración e incluye síntomas no afectivos. Su aplicación y puntuación dependen del juicio clínico. Su confiabilidad se demostró por acuerdo entre jueces y consistencia interna. Tiene validez de contenido. Esta entrevista es un derivado de la de adultos (SADS). (Kazdin, 1981; Kazdin, 1990).

Se llevó a cabo un estudio (Orvaschel, Puig-Antich, Chambers, Tabrizi y Johnson, 1982) para evaluar la exactitud de los diagnósticos retrospectivos hechos con este instrumento. Se reevaluaron 17 niños. Estos niños habían sido estudiados inicialmente con un instrumento paralelo, el K-SADS-P (episodio presente) entre 6 meses y 2 años anteriores a la reevaluación. El acuerdo diagnóstico entre las dos evaluaciones del mismo episodio como diagnóstico primario, fue alto. Por otra parte, la exactitud para evaluar síntomas específicos de depresión, trastornos secundarios y síntomas, fue variado. Se notó una tendencia

consistente a no reportar psicopatología pasada sobre todo, para los diagnósticos secundarios. El acuerdo entre las madres y los niños fue aceptable en ambas entrevistas con el K-SADS-E. Sin embargo, las discrepancias entre las calificaciones de los niños y las madres fueron suficientes como para pensar en que se requiere obtener la información de ambos para obtener una evaluación óptima del estado psiquiátrico de los niños. Las tasas de acuerdos entre las madres y los niños cuando reportaron la conducta pasada fue similar a la conducta reportada como actual. Es decir, que cuando la memoria es un factor importante, un informante puede olvidar tanto como el otro. Esta investigación es importante particularmente para los estudios de alto riesgo y epidemiológicos interesados en trastornos episódicos y tasas de prevalencia. Además, esta investigación muestra que la evaluación retrospectiva de la psicopatología infantil basada en entrevistas con los padres y los niños puede ser una técnica capaz de arrojar información confiable.

3. Bellevue Index of Depression (BID, Petti, 1978). Se trata de una entrevista de 40 reactivos puntuados en una escala de severidad de 4 puntos y otra de duración de 3 puntos. La depresión se define con un puntaje de 20 referido a la edad del paciente. La duración de los síntomas se puntúa separadamente para cada uno y se reporta la puntuación más elevada de severidad. Esta entrevista estructurada ofrece alternativas de respuestas también estructuradas. Su confiabilidad se demostró por el acuerdo entre observadores. Su validez de contenido se obtuvo con los criterios de Feinberg y el DSM-III. Permite diferenciar entre sujetos

deprimidos y no deprimidos y es aplicable a los padres y otros significativos. Se aplica a niños de 6 a 12 años. (Kazdin, 1990).

IV.2 Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)

(A menos que se especifique lo contrario, toda la información siguiente se extrajo de Seisdedos, 1983). Este cuestionario es el empleado en nuestra investigación.

Antecedentes

En el momento de la aparición del CDS, el manual original (Lang y Tisher, 1978) incluía un estudio de confiabilidad y validez utilizando una muestra experimental (N=40) de niños con depresión, otra control (N=37) de niños normales, comparables a los experimentales en edad, sexo y escolaridad, y una tercera muestra de 19 niños con diversos problemas de tipo clínico. En años posteriores (1980, 1985) se han analizado otras muestras de niños australianos (N=60 y N=182) y japoneses (N=389), y actualmente se están llevando a cabo investigaciones y adaptaciones en otras lenguas y países (Italia, Francia, Alemania e India, además de España).

En las muestras originales se observó una buena confiabilidad y consistencia interna; se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.96, y la correlación "test-retest" fue de 0.74. Se han analizado la validez de contenido (utilizado con anterioridad a la edición del cuestionario, de criterio y de discriminación de niños con depresión) de validez concurrente (relaciones con el Cuestionario de Personalidad CPQ de Catell y capacidad discriminativa con un criterio de "infelicidad"), de validez de constructo (mediante análisis de diferencias entre los grupos experimental, control y clínico), y de validez factorial. En estos

estudios se ha comprobado, a la espera de más análisis de validación, la precisión, valor y capacidad discriminativa del CDS para medir la depresión en los niños.

Adaptación Española.

En el momento de iniciar la adaptación española, la muestra general contenía más de 900 sujetos de edades entre los 8 y los 14 años y procedía de diferentes partes de España y de colegios y centros especiales diversos.

Confiabilidad.

Con una muestra de 730 niños de 8 a 14 años se calculó la confiabilidad o consistencia interna mediante la fórmula de Kuder Richardson (K-R 20), y los índices resultantes fueron: 0.61, 0.71, 0.72, 0.74, 0.68, 0.67, 0.55, 0.51, para las diferentes subescalas:

AA- Animo-Alegría; RA- Respuesta Afectiva; PS-Problemas Sociales; AE-Autoestima; PM-Preocupación por la Muerte; SC-Sentimiento de Culpabilidad; DV-Depresivos Varios; PV-Positivos Varios. Estas subescalas conforman dos grandes subescalas, Depresiva y Positiva (TD y TP), para las cuales los índices rxz encontrados, fueron respectivamente de 0.91 y 0.69, lo cual permite concluir que el CDS presenta un buen nivel de estabilidad o consistencia interna.

En un grupo de 111 niños de 5o. y 6o. se pudo lograr una segunda aplicación del CDS un año después del primer examen. Los resultados del "retest" fueron utilizados para obtener índices rxz de estabilidad. Los coeficientes de confiabilidad por subescala

fueron: 0.37, 0.41, 0.39, 0.39, 0.38, 0.52, 0.33, 0.47, 0.51, 0.48. En estos coeficientes se observa un descenso en relación con los obtenidos con la fórmula KR-20 y en una muestra más heterogénea; esto se debe además de a la homogeneidad de la presente muestra, a que el intervalo de tiempo entre el test y el retest es bastante grande para la estabilidad de variables que son más de tipo estado que rasgo y en una época del proceso de maduración en la que la personalidad está conformándose.

Validez.

Relación con otras pruebas.

En una muestra de 193 niños (123 varones y 70 mujeres), de 50. y 70. se exploró la relación entre el CDS y las escalas de personalidad del cuestionario EPQ-J de Eysenck. Los coeficientes de correlación fueron de 0.14 y 0.19; el examen de las correlaciones por subescalas, mostró que todos los aspectos depresivos (excepto el conjunto de Positivos varios), se relaciona positivamente con la inestabilidad de la personalidad (Escala N del EPQ-J). Además resultó en estos niños, que la incapacidad de vivenciar los aspectos positivos (AA, PV, y el total TP) se correlaciona con la escala de sinceridad (convencionalismo o deseabilidad social), tal vez porque los sujetos socializadamente sinceros, notaron más esa incapacidad de gratificación positiva, esto podría explicar las débiles correlaciones negativas de AA (ánimo-alegría) y PS (problemas sociales) con la Extraversión (-0.12, -0.12).

Muestra general de Normalización.

La muestra general de normalización, estuvo compuesta por 843 niños de 8 a 14 años de edad, los cuales se agruparon por edad y sexo. Posteriormente, esta muestra se trató como un todo en la elaboración de los baremos para la interpretación.

En los estudios originales se empleó la escala de los deciles para interpretar las puntuaciones directas, no así en la tipificación española en la que se prefirió obtener las puntuaciones transformadas en las escalas de centiles y decatipos. La puntuación centil indica un tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por el instrumento, pero no forman una escala típica sino ordinal y no pueden emplearse para calcular promedios con los centiles obtenidos en otras variables.

Las puntuaciones decatipos constituyen una escala típica de 10 puntos (media =5.50, desviación =2). En los decatipos centrales (5 y 6) queda comprendido el 40% medio; si el alejamiento de la media fuera algo mayor, dentro de los decatipos 4, 5, 6 y 7, se encuentran los dos tercios (68 26%) de una distribución, lo cual se considera el grupo promedio; los decatipos 2,3 y 8,9 indican una gran desviación de la media.

Al respecto, Delsordo (1986) utilizando este instrumento (CDS) llevó a cabo un estudio de validez de criterio según el método de grupos contrastados. Los sujetos fueron niños y adolescentes de ambos sexos de 8 a 16 años, pacientes del servicio de consulta externa de un hospital psiquiátrico. Se excluyeron los casos con daño orgánico cerebral, retraso mental y psicosis. La muestra se

dividió en sujetos deprimidos y no deprimidos de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-III para episodio depresivo mayor. Se aplicó el CDS a los 60 sujetos y a los adultos significativos de éstos. Las conclusiones fueron que el grupo clínico de sujetos no deprimidos por definición no incluye sujetos normales, lo que explica que las puntuaciones del Total Positivo del grupo deprimido no llegaron a ser significativas.

En cuanto a la edad, aún cuando no se observaron diferencias estadísticamente significativas se observó la tendencia a disminuir en los niños mayores el Total Positivo para trasladarse al Total Depresivo. Los sujetos del grupo deprimido obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el Total Depresivo, por lo que se sugiere que el instrumento es válido.

Con respecto a las puntuaciones de las figuras significativas de los sujetos de ambos grupos, se encontraron diferencias entre los pares de puntuación que van de 0 a 27 para el Total Positivo y de 1 hasta 87 para el Total Depresivo, para la muestra completa. Por lo que se concluye, que el observador y el pequeño no perciben la misma situación.

Como se puede observar, de los inventarios autodescriptivos es el CDS el instrumento del que se obtienen más datos acerca de su confiabilidad y validez. Asimismo, este instrumento ha sido utilizado en nuestro país en muestras clínicas (Delsordo, 1986) por tanto, se pensó utilizarlo en este estudio para observar su comportamiento en la población general.

IV.3 Validez Empírica o de Criterio de las Pruebas Psicológicas

La validez de un instrumento es el grado en el que realmente mide lo que está destinado a medir. Anastasi (1980) define tres tipos de validez: Validez de contenido, Validez estructural y Validez empírica o de criterio. Este último tipo de validez fue el empleado en este estudio debido a que se hizo una comparación del CDS con los criterios del DSM III.

De acuerdo a Anastasi, la validez empírica o de criterio indica la eficacia de un instrumento en la predicción de la conducta del individuo en situaciones específicas por medio de la comparación de la actuación del sujeto en el instrumento contra un criterio. El criterio debe haber sido establecido y aceptado de antemano, y en ese sentido, el diagnóstico psiquiátrico puede servir como prueba de la validez de un instrumento (Kazdin, 1980).

La validez de criterio es la más apropiada para los estudios de validación locales en los cuales hay que comprobar la eficacia de un instrumento con respecto a un programa específico (Anastasi, 1980).

El DSM III ha sido el criterio más aceptable para estudios de validación, y más concretamente en las investigaciones sobre la depresión en la niñez (Carlson y Cantwell 1980; Kashani y cols. 1981a, 1981b.) Con respecto a un método de validación adecuado, Anastasi (1980), sugiere el de grupos contrastados, que se basa en un criterio compuesto que determina la pertenencia de los sujetos a un grupo en particular, en oposición a su eliminación del mismo.

En cuanto a los subtipos de validez de criterio, existe una diferencia entre la concurrente y la predictiva: la concurrente se

usa para propósitos diagnósticos y se refiere a la predicción, en un sentido más amplio de cualquier condición. La validez predictiva, está destinada a la predicción a lo largo de un intervalo de tiempo en un sentido más limitado. Finalmente, el subtipo de validez empírica sintética, se obtiene validando los criterios parciales y relativamente independientes que componen el criterio complejo; es decir, es necesario validar cada uno de los criterios parciales de un instrumento en específico.

Una de las estrategias de validación de instrumentos clinimétricos poco utilizadas en psicología, pero útil para los fines con que se construyen las pruebas psicológicas, es la que se refiere a la capacidad que tiene una prueba de coincidir con el juicio del clínico. Estas características se denominan Sensibilidad y Especificidad.

IV.4 Sensibilidad y Especificidad de Pruebas Diagnósticas

En 1947, Yerushalmy (cit. por Baldessarini, Finkelstein y Arana, 1983) introdujo los términos de "sensibilidad" y "especificidad" como índices matemáticos de la eficiencia de una prueba diagnóstica.

La sensibilidad de una prueba indica su capacidad para hacer un diagnóstico correcto en los casos positivos confirmados de la enfermedad. La especificidad indica la capacidad de la prueba para diagnosticar correctamente los casos negativos confirmados.

Estos conceptos no necesariamente están restringidos a pruebas de diagnóstico y pueden aplicarse a una variedad de pruebas para identificar condiciones clínicas.

La relación entre la condición clínica y los resultados de una prueba se muestran en la siguiente tabla:

Resultados de la prueba	Condición Confirmada	
	Positiva	Negativa
Positiva	(a) Verdadero Positivo	(b) Falso Positivo
Negativa	(c) Falso Negativo	(d) Verdadero Negativo

En esta tabla los títulos de la columna se refieren a la condición confirmada del paciente; los encabezados de los renglones indican el resultado de la prueba y las 4 casillas se refieren a si el paciente ha sido correcta o incorrectamente calificado, ya sea como positivo o negativo.

De acuerdo a Yerushalmy, la sensibilidad es el número de casos verdaderos positivos dividido entre el total de los casos positivos confirmados, lo cual es la suma de los casos positivos verdaderos, más los falsos negativos:

$$\text{Sensibilidad}(S) = \frac{a}{a+c}$$

La especificidad es el número de casos negativos verdaderos dividido entre el número total de casos negativos confirmados, que es la suma de negativos verdaderos más los falsos positivos:

$$\text{Especificidad}(E) = \frac{d}{b+d}$$

V. METODOLOGIA.

V.1 Planteamiento del problema y objetivos.

Durante las últimas dos décadas, la depresión en los niños y adolescentes ha recibido gran atención por parte de los especialistas en la salud mental. No obstante, aún quedan por aclararse varios aspectos de esta entidad como síndrome clínico en la niñez. Han surgido controversias alrededor de la depresión en la infancia, partiendo de factores, tales como las definiciones sintomáticas de los fenómenos depresivos y el esclarecimiento de las diferencias diagnósticas, hasta aspectos, como la duración de los trastornos depresivos, su recurrencia y sus consecuencias a largo plazo.

Una de las consecuencias de lo anterior, ha sido la elaboración de instrumentos auxiliares para el diagnóstico, con el fin de prevenir, detectar y tratar la depresión en la infancia y en la adolescencia.

En nuestro país, como en muchos otros, no siempre se cuenta con los recursos suficientes para desarrollar instrumentos de medición psicológica para la población. Por lo que, para la realización de esta investigación, resultó interesante el hecho de que la versión del CDS, traducida y normalizada en España, pudiera contribuir a la eliminación del efecto de las variables culturales intercurrentes, que pueden contaminar o invalidar los resultados.

Además, el CDS es un instrumento que se puede aplicar de manera colectiva, por lo que permite obtener la información de un mayor número de sujetos de manera más rápida y con bajo costo.

El Cuestionario CDS es aplicable a niños comprendidos entre los 8 y los 16 años, es decir, a sujetos que puedan comprender el contenido de los elementos. Contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen separados y conforman dos subescalas generales independientes : Total Depresivo (TD) y Total Positivo (TP). Dentro de cada una de estas dimensiones, se agrupan los elementos por el contenido de los mismos en varias subescalas, que pueden describirse brevemente, de la siguiente manera:

Total Depresivo, con seis subescalas:

RA. Respuesta afectiva (8 elementos), alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto.

PS. Problemas sociales (8 elementos), se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

AE. Autoestima (8 elementos), se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.

PM. Preocupación por la muerte/salud (7 elementos), alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

SC. Sentimiento de culpabilidad (8 elementos), se refiere a la autopunición del niño.

DV. Depresivos varios (9 elementos), incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Total Positivo, con dos subescalas:

AA. Animo-alegría (8 elementos, puntuados en el polo opuesto),

alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.

PV. Positivos varios (10 elementos, puntuados en el polo opuesto), incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Cada elemento se puntúa en una escala de 1 a 5 puntos en la dirección del rasgo de la depresión, desde "Muy en desacuerdo" a "Muy de acuerdo" en los elementos de tipo depresivo, y desde "Muy de acuerdo" a "Muy en desacuerdo" en los de tipo positivo. Con esta inversión en los positivos (subescalas AA y PV) se logra que todos ellos apunten hacia el rasgo de la depresión (Seisdedos, 1983). (Anexos I y II).

Por otra parte, el DSM III ha sido el criterio diagnóstico más aceptado para estudios de validación de instrumentos como el CDS, por lo que también se utilizó en este estudio (Anexo III). Para tal fin se elaboró una entrevista semiestructurada, basada en los criterios para los Trastornos Afectivos del DSM-III, la cual se aplicó a los sujetos en estudio de manera individual (Anexo IV).

El objetivo de la presente investigación, fue conocer la utilidad del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) como instrumento para detectar síndromes depresivos en niños de población general, haciendo una aplicación paralela, con el criterio diagnóstico de los Trastornos Afectivos del DSM-III.

V.2 Población de estudio.

Para lograr el objetivo anteriormente descrito, se eligió una escuela Primaria oficial ubicada al sur del D.F., que tuviera los grados de 4o., 5o. y 6o. de Primaria. Del total de alumnos que cursaban los grados escolares requeridos, se eligió una muestra de manera aleatoria entre aquéllos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Sujetos de cualquier sexo.
- Entre 8 y 13 años de edad.
- Que cursaran los grados de 4o., 5o. o 6o. de primaria.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Que hubieran reprobado algún grado escolar.
- Que hubieran experimentado el fallecimiento de algún familiar cercano.

Características de los sujetos del estudio

La muestra estuvo constituida por 94 alumnos de nivel Primaria, de los cuales 48 (51.06%) fueron del sexo masculino y 46 (48.93%) del sexo femenino.

Los grados escolares de donde se obtuvo la muestra de sujetos fueron 4o., 5o. y 6o. de Primaria, con la siguiente distribución: 29 sujetos (34.85%) correspondieron a 4o. año; 31 sujetos (32.97%) a 5o. año y 34 (36.17%) a 6o.

En cuanto a la edad de los sujetos en estudio, hubo 4 (4.25%) entre los 8 y los 9 años 0 meses de edad, 25 (26.59%) de 9 años 1 mes a 10 años 0 meses; 30 (31.91%) entre los 10 años 1 mes y los

11 años; 22 (23.40%) de los 11 años 1 mes a los 12 años y 13 (13.82%) de más de 12 años de edad.

En 4o. año hubo 4 sujetos (4.25%) de entre 8 y 9 años, 20 (21.27%) de 9 años 1 mes a 10 años 0 meses y 5 (5.31%) de 10 años 1 mes a 11 años de edad. De 5o. año fueron 5 (5.31%) de 9 años 1 mes a 10 años, 22 (23.40%) de 10 años 1 mes a 11 años, 3 (3.19%) de 11 años 1 mes a 12 años y 1 (1.06%) de más de doce años. En 6o. grado, hubo 3 sujetos (3.19%) de 10 años 1 mes a 11 años, 19 (20.21%) de 11 años 1 mes a 12 años y 12 sujetos (12.76%) de más de 12 años de edad. (Tabla 1).

V.3 Diseño de Investigación

Se trata de un estudio de tipo transversal, exploratorio y descriptivo.

V.4 Variables:

Variables Independientes.

- Edad
- Sexo
- Grado de escolaridad
- Nivel socioeconómico
- Diagnóstico Psiquiátrico
- Separación de los padres
- Cambio de casa
- Cambio de escuela
- Cambio de maestro
- Otros eventos significativos

-La variable dependiente es el puntaje que los sujetos obtuvieron en el CDS.

V.5 Hipótesis de Trabajo

H1. El CDS es un instrumento útil para el diagnóstico de depresión en niños de población escolar.

H2. El Total Depresivo del CDS tiene un nivel >80% de Sensibilidad y Especificidad para el diagnóstico de depresión.

H3. El Total Positivo del CDS tiene un nivel >80% de Sensibilidad y Especificidad para el diagnóstico de depresión.

H4. Los sujetos del Grupo Deprimido obtendrán una puntuación significativamente superior, en el Total Positivo, a la de los sujetos del grupo No Deprimido.

H5. Los sujetos del Grupo Deprimido obtendrán una puntuación significativamente superior, en el Total Depresivo, a la de los sujetos del grupo No Deprimido.

H6. En la Subescala Animo-Alegría (AA), los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido, obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H7. En la Subescala AA, los sujetos del sexo femenino del grupo deprimido, obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H8. En la Subescala Respuesta Afectiva (RA) los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H9. En la Subescala RA, los sujetos del sexo femenino del grupo

deprimido, obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H10. En la Subescala de Problemas Sociales (PS), los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H11. En la Subescala PS, los sujetos del sexo femenino, obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H12. En la Subescala de Autoestima (AE), los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H13. En la Subescala de AE, los sujetos del sexo femenino del grupo deprimido obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H14. En la Subescala Pensamientos de Muerte (PM), los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido, obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H15. En la Subescala PM, los sujetos del sexo femenino del grupo deprimido, obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H16. En la Subescala Sentimientos de Culpabilidad (SC), los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido, obtendrán puntuaciones significativamente superiores, que las del grupo no deprimido.

H17. En la Subescala SC, los sujetos del sexo femenino del grupo deprimido, obtendrán puntuaciones significativamente superiores, que las del grupo no deprimido.

H18. En la Subescala Depresivos Varios (DV), los sujetos del sexo

masculino del grupo deprimido, obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H19. En la Subescala DV, los sujetos del sexo femenino del grupo deprimido, obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H20. En la Subescala Positivos Varios (PV) los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido, obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H21. En la Subescala PV, los sujetos del sexo femenino del grupo deprimido, obtendrán puntuaciones significativamente superiores que las del grupo no deprimido.

H22. Existe una Correlación significativa entre el Total Depresivo del CDS y la edad de los sujetos del sexo masculino.

H23. Existe una Correlación significativa entre el Total Depresivo del CDS y la edad de los sujetos del sexo femenino.

H24. Existe una correlación significativa entre el Total Positivo del CDS y la edad de los sujetos del sexo masculino.

H25. Existe una correlación significativa entre el Total Positivo del CDS y la edad de los sujetos del sexo femenino.

H26. El diagnóstico de depresión es más frecuente en preadolescentes del sexo femenino que del sexo masculino.

H27. El diagnóstico de depresión es más frecuente en niñas de 8 años 0 meses a 9 años 0 meses, que en niños de la misma edad.

H28. El diagnóstico de depresión es más frecuente en niñas de 9 años 1 mes a 10 años 0 meses, que en niños de la misma edad.

H29. El diagnóstico de depresión es más frecuente en niñas de 10 años 1 mes a 11 años 0 meses, que en niños de la misma edad.

H30. El diagnóstico de depresión es más frecuente en niñas de 11 años 1 mes a 12 años 0 meses, que en niños de la misma edad.

H31. El diagnóstico de depresión es más frecuente en niñas mayores de 12 años que en niños de la misma edad.

V.6 Material

Para la realización de este estudio, se utilizó el siguiente material:

Para la aplicación del CDS se utilizó el Manual de la versión española, Cuestionario de Depresión para Niños (Seisdedos, 1983), el cual incluye las normas de aplicación e interpretación. Además cuenta con un juego de 66 tarjetas con la redacción de los reactivos y un juego de 5 tarjetas de clasificación. Se emplearon 94 hojas de respuesta y una plantilla para su calificación.

La división de la muestra en los dos grupos, el de los sujetos deprimidos y el de los no deprimidos, se realizó mediante una entrevista semiestructurada, aplicada de manera individual por un psiquiatra, con base en los criterios para el Episodio Depresivo Mayor, Eje I, del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III).

El nivel socioeconómico de la muestra estudiada se obtuvo con el procedimiento de Díaz-Guerrero y cols. (1975).

V.7 Procedimiento.

Se eligió una escuela Primaria oficial que tuviera los grados de 4o. 5o. y 6o. La muestra fue elegida aleatoriamente del total de alumnos que cursaban los grados escolares antes mencionados. Se excluyeron a los sujetos que hubieran reprobado algún grado escolar, así como aquéllos que hubieran experimentado la muerte de algún familiar cercano.

Como siguiente paso, a los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión, se les aplicó el CDS (Cuestionario de Depresión para Niños) en su versión Española, en grupos (de 5 en 5) hasta completar la muestra de los 94 sujetos. Todas las aplicaciones las efectuó una psicóloga en un salón de clases de la escuela, designado para ello, de manera que se evitaran posibles distracciones y además los niños estuvieran cómodos. Se procuró que los sujetos pertenecieran al mismo grado escolar y se trató de crear un ambiente amistoso para que los niños se sintieran tranquilos. La aplicación del CDS se llevó a cabo de manera colectiva de acuerdo al procedimiento descrito en el manual. Una vez que los niños estuvieron sentados de manera individual, la examinadora les dio una explicación, introduciendo el cuestionario sin prisa, como sigue:

"Otros niños han contestado a las frases que voy a leer, diciendo cómo piensan o cómo sienten, si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en esas frases. Yo leeré un número y una frase, y ustedes contestarán en la Hoja que les dí, poniendo una marca sobre una de las ruedas que hay después de ese número. Para que vean cómo se contesta voy a poner un ejemplo en el pizarrón. Si

contestan debajo de ++ es que están muy de acuerdo con lo que dice la frase. Si ponen la marca debajo de + significa que están de acuerdo. Si señalan debajo de +/- es que no están muy seguros, que están entre el sí y el no. Si quieren decir que no están de acuerdo con lo que dice la frase, marcan debajo de _; y si están muy en desacuerdo con lo que dice la oración, marcan por debajo de --." (Seisdedos, 1983, p. 9,10).

Se preguntó a los niños si habían comprendido las instrucciones y si había dudas, se volvió a explicar el procedimiento con algunos ejemplos. Se hizo hincapié en que contestaran las preguntas de manera independiente.

Después de la aplicación se calificaron las pruebas, obteniendo las puntuaciones naturales con la plantilla, anotando los totales de las subescalas, los totales por escala y los decatipos correspondientes.

Paralelamente, se iba citando a los sujetos para tener una entrevista clínica con el psiquiatra, quien recibió capacitación específica durante 1 mes sobre aspectos de depresión en la niñez en un hospital psiquiátrico infantil del Sector Salud (mismo en el que laboraba). Para la realización de la entrevista con el niño, se diseñó una entrevista semiestructurada, elaborada específicamente para esta investigación con base en los criterios de los Trastornos Afectivos del DSM-III, la cual incluye datos de identificación del sujeto además de las siguientes áreas: Cognoscitiva, con preguntas sobre atención, sensopercepción, memoria, orientación, imaginación, pensamieto e inteligencia. Comportamiento durante la entrevista, colaboración, sentido común, conocimiento del esquema corporal,

lateralización. Aspectos lúdicos como dibujar y expresar su dibujo, y deseos. Asimismo, se inspeccionaron áreas tales como autoconcepto, lenguaje, estado de ánimo, baja de interés en alguna actividad, apetito, cambio de peso, trastornos del sueño y psicomotores, así como sentimientos de culpa, dificultades en la concentración, ideas de muerte, ideas de suicidio; frecuencia de llanto, soledad, quejas somáticas (cefaleas, dolor abdominal, etc.) ansiedad y fobias.

Al final de la entrevista realizada de manera individual, el psiquiatra asignó un diagnóstico a cada sujeto, ya fuera como no deprimido o deprimido y tenía una pequeña entrevista con la madre del pequeño en la que se le informaba sobre el estado de salud de su hijo. Estas evaluaciones se realizaron en el plantel de la escuela, dentro de los primeros 3 días posteriores a la aplicación del CDS, y sin conocimiento por parte del psiquiatra, de la calificación que el sujeto había obtenido en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS).

V.8 Estrategia de Análisis Estadístico

Los datos obtenidos del estudio se sometieron a un análisis estadístico computarizado con el programa "Tadpole" (Bio-Soft.), obteniendo las frecuencias, los porcentajes, las medias y las desviaciones estándar de cada una de las variables en estudio, determinando las características de la población investigada.

Se evaluó la Sensibilidad y la Especificidad del CDS como instrumento diagnóstico para depresión con diferentes puntos de corte, tanto para el Total Depresivo, como para el Total Positivo y el Puntaje Total.

Para llevar a cabo un análisis más profundo de los datos obtenidos de los sujetos en cada subescala y los totales del CDS, se procedió a realizar un análisis de varianza de 2 factores, el primer factor fue el Sexo y el segundo factor fue el Diagnóstico de los sujetos. Se realizó el proceso de comparaciones múltiples utilizando la "t" de Student con corrección de Bonferroni, para mantener el nivel de alfa en $p < 0.05$.

Se calculó la correlación entre los totales (TD y TP) del CDS y la edad, por sexo mediante el método de Pearson.

Con respecto a las variables sociodemográficas, cambio de escuela, de casa, de maestro, separación de los padres y otros eventos significativos, se procedió a efectuar un análisis con la prueba de la probabilidad exacta de Fisher (2x2 celdas). El nivel alfa fue de $p < 0.05$.

VI. RESULTADOS.

En relación a los Diagnósticos, el psiquiatra empleó una entrevista semiestructurada en base a los criterios diagnósticos de los Trastornos Afectivos del DSM III. De acuerdo a estos criterios, la muestra se dividió en sujetos deprimidos y sujetos no deprimidos. Encontrando 29 (30.85%) sujetos deprimidos y 65 (69.14%) sujetos no deprimidos. De los sujetos considerados como deprimidos 13 (13.82%) fueron de sexo masculino y 16 (17.02%) de sexo femenino. Del grupo de sujetos no deprimidos 35 (37.23%) fueron del sexo masculino y 30 (31.91%) del sexo femenino.

En la Figura 1 se pueden observar los porcentajes de depresión por edad y sexo de la muestra estudiada. En el rango de edad de los 8 años 1 mes a los 9 años 0 meses para el grupo del sexo masculino (n=2, 100%), no se encontró ningún sujeto deprimido. Del grupo de sujetos del sexo femenino (n=2, 100%) en el mismo rango de edad, se encontró que el 50% (n=1), estaban deprimidas.

En el siguiente rango de edad, de los 9 años 1 mes a los 10 años 0 meses del grupo de sujetos masculinos (n=12, 100%) el 50% (n=6) estaba deprimido y en el sexo femenino (n=13, 100%) la frecuencia de depresión bajó al 15.4% (n=2).

Del total de varones (n=15, 100%) entre los 10 años 1 mes a los 11 años 0 meses, se encontró que un 20% (n=3) estaban deprimidos. En el grupo de niñas (n=15, 100%) se encontró un 33.33% (n=5) de casos de depresión.

Para el rango de edad de los 11 años 1 mes a los 12 años 0 meses, del grupo masculino (n=12, 100%) ningún sujeto estaba deprimido. Sin embargo, del grupo del sexo femenino (n=10, 100%)

el 40% (n=4) tenían depresión.

Finalmente, en el rango de más de 12 años de edad, para el grupo de sujetos masculinos (n=7, 100%) el porcentaje de depresión fue de 57.14% (n=4) y para el grupo femenino (n=6, 100%) de 66.66% (n=4).

Se efectuaron análisis de Sensibilidad y Especificidad del CDS de la siguiente manera:

Se calcularon las medias del Total Depresivo y del Total Positivo de los grupos, Deprimido y No Deprimido; en el Total Depresivo para el grupo Deprimido la media fue de 150.3 y para el No Deprimido de 132.6. En el Total Positivo la media del grupo Deprimido fue de 40 y la del grupo No Deprimido fue de 36.

Posteriormente, se tomaron las medias del Total Depresivo y del Total Positivo (150 y 40, respectivamente) del Grupo Deprimido, mediante las cuales se fueron calculando los puntos de corte, hasta llegar -en donde era posible- a 3 desviaciones estándar por arriba y por debajo de la media, quedando como límite superior para el TD un punto de corte de 202 y como límite inferior 71. Para el TP el punto de corte superior fue de 70 y el inferior de 23. De todos los cálculos con los diferentes puntos de corte, se mencionan únicamente los más significativos:

Punto de Corte	Total Depresivo	
	Sensibilidad	Especificidad
202	3%	98%
150	52%	61%
135	69%	51%
71	100%	1%

Punto de corte	Total Positivo	
	Sensibilidad	Especificidad
70	3%	100%
38	52%	60%
36	65%	48%
23	100%	1%

En la Figura 2, mediante la curva de ROC (Receiver Operating Characteristics), se puede observar que para el Total Depresivo con un Punto de Corte (PC) de 202 (que fue el límite superior), se obtiene una Sensibilidad (S) de apenas el 3% y una Especificidad (E) del 98%. Para el siguiente PC 150, la Sensibilidad fue del 52% con 6% de Especificidad.

Para el siguiente PC de 135, la S fue del 69% con una E del 51%, obteniéndose con este punto de corte el mejor equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad para el Total Depresivo.

Para el último PC 71, (límite inferior) la sensibilidad fue del 100%, sin embargo la especificidad fue de sólo el 1%.

En la Figura 3, se observa la curva de los resultados para el Total Positivo. Con un PC de 70 (límite superior), se obtuvo una sensibilidad del 3% y una especificidad del 100%; para el siguiente PC 38, la sensibilidad fue del 52% y la especificidad del 60%.

Con un PC de 36, se obtuvo el nivel más adecuado de sensibilidad con el 65% y una especificidad del 48% para este Total Positivo. Con el PC inferior de 23, la sensibilidad fue del 100%, pero la especificidad del 1%.

Se realizaron análisis de varianza de dos factores de las variables edad y escolaridad, así como de los Totales (TD y TP) y de las subescalas del CDS; el primer factor fue el sexo y el segundo fue el diagnóstico (deprimidos vs. no deprimidos) obteniendo los siguientes resultados (Tabla 2).

Total Positivo (TP). Se observa que la media obtenida por los sujetos de sexo masculino del grupo deprimido fue de 35.5 con una Desviación Estándar (DE) de 5.5; los no deprimidos del mismo sexo obtuvieron una media de 35.9 y una DE de 8.61. Los sujetos de sexo femenino del grupo deprimido obtuvieron una media de 43.7 y una DE de 12.9 y las del grupo no deprimido una media de 36.4 y una DE de 9.0. Se observa que el sexo tuvo un efecto significativo ($F_{1,90} = 4.31, p = 0.038$), en tanto que ni el efecto del diagnóstico ni el de la interacción fueron significativos. En las comparaciones múltiples, empleando la *t* de student con corrección de Bonferroni, resultó que el grupo de sujetos del sexo femenino deprimidas, obtuvieron puntajes significativamente superiores a los de los sujetos del sexo masculino (deprimidos y no deprimidos, $p < 0.05$).

Total Depresivo (TD). Para este total, el grupo de varones deprimidos obtuvo una media de 159.5 y una DE de 33.6; los no deprimidos una media de 129.2 y una DE de 32.5. Las del sexo femenino deprimidas obtuvieron una media de 142.9 y una DE de 28.5 y las del grupo no deprimido, una media de 136.5 y una DE de 36.5. Aquí, el diagnóstico tuvo un efecto significativo ($F_{1,90} = 6.003, p = 0.015$), en tanto que el efecto del sexo y la interacción resultaron no significativos. El proceso de comparaciones

múltiples empleando la t de student con corrección de Bonferroni, indicó que los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido obtuvieron puntajes significativamente superiores a los de los no deprimidos ($p < 0.05$).

Subescala Animo-Alegría (AA). Los sujetos de sexo masculino deprimidos obtuvieron una media de 15.5 y una DE de 3.8 y los no deprimidos una media de 15.1 y una DE de 4.3. Los sujetos de sexo femenino del grupo deprimido una media de 16.2 y una DE de 3.9 y las no deprimidas, una media de 15.5 y una DE de 3.8. Se observa que ni el diagnóstico, ni el sexo, ni la interacción resultaron significativos para esta subescala.

Respuesta Afectiva (RA). Los varones del grupo deprimido obtuvieron una media de 25.0 y una DE de 5.9 y los no deprimidos una media de 18.9 y una DE de 6.2. Las niñas del grupo deprimido obtuvieron una media de 23.0 y una DE de 6.5 y las del grupo no deprimido una media de 19.9 y una DE de 8.1. Aquí, el diagnóstico tuvo un efecto significativo ($F_{1,90} = 8.76, p = 0.004$), en tanto que ni el efecto del sexo y ni la interacción, lo fueron. El proceso de comparaciones múltiples indica que los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido, obtuvieron puntajes significativamente superiores a los del grupo no deprimido del mismo sexo ($p < 0.05$).

Problemas Sociales (PS). Para esta subescala los sujetos masculinos deprimidos obtuvieron una media de 25.9 y una DE de 6.0; los no deprimidos una media de 19.1 y una DE de 6.5. Las niñas deprimidas una media de 24.1 y una DE de 5.9 y las no deprimidas, una media de 21.6 y una DE de 7.9. En este caso, el diagnóstico

también tuvo un efecto significativo ($F_{1,90} = 9.26, p = 0.003$), mientras que el efecto del sexo y el de interacción no resultaron significativos. El proceso de comparaciones múltiples, indica que el grupo de sujetos masculinos deprimidos obtuvo puntajes significativamente superiores a los de los varones no deprimidos ($p < 0.05$).

Autoestima (AE). En este renglón se observa que los varones deprimidos obtuvieron una media de 26.8 y una DE de 5.7 y los no deprimidos una media de 20.7 y una DE de 6.9. Las niñas deprimidas una media de 22.0 y una DE de 5.7 y las del grupo no deprimido una media de 20.8 y una DE de 5.2. También para esta subescala el diagnóstico tuvo un efecto significativo ($F_{1,90} = 7.15, p = 0.008$), en tanto que el efecto del sexo y el de interacción resultaron no significativos. El resultado del proceso de comparaciones múltiples muestra que el grupo de los sujetos de sexo masculino deprimidos, obtuvo puntajes significativamente superiores a los de los no deprimidos del mismo sexo ($p < 0.05$).

Subescala Pensamientos de Muerte (PM). Se observa que el grupo de sujetos de sexo masculino del grupo deprimido obtuvo una media de 22.2 y una DE de 4.8; los no deprimidos una media de 17.8 y una DE de 6.4. Los sujetos femeninos del grupo deprimido, una media de 19.2 y una DE de 5.4 y las del grupo no deprimido una media de 17.0 y una DE de 5.8. El diagnóstico tuvo un efecto significativo ($F_{1,90} = 6.15, p = 0.014$), en tanto que el efecto del sexo y la interacción resultaron no significativos. Mediante el proceso de comparaciones múltiples se evidenció que el grupo de sujetos masculinos deprimidos alcanzó puntajes significativamente

superiores a los del grupo de sexo femenino deprimidas ($p < 0.05$).

Sentimientos de Culpabilidad (SC). Para esta subescala, la media de los niños del grupo deprimido fue de 28.0 y la DE de 6.5 y para los del grupo no deprimido la media fue de 22.5 y la DE de 7.1. Para las niñas deprimidas la media fue de 24.6 y la DE de 7.0; para las no deprimidas la media fue de 24.5 con una DE de 7.2. Se observa que ni el efecto del diagnóstico, ni el del sexo ni la interacción resultaron significativos.

Elementos Depresivos Varios (DV). La media del grupo deprimido de sujetos de sexo masculino fue de 34.0 con una DE de 6.9; para los no deprimidos la media fue de 30.1 y la DE de 5.5. Por su parte los sujetos de sexo femenino del grupo deprimido obtuvo una media de 29.9 y una DE de 5.8 y las del grupo no deprimido una media de 30.6 una DE de 5.4. Observamos que ni el efecto del sexo ni el del diagnóstico, como tampoco el de la interacción, resultaron significativos.

Elementos Positivos Varios (PV). La media obtenida por el grupo de varones del grupo deprimido fue de 20.0 con una DE de 3.5; y los varones no deprimidos una media de 21.1 y una DE de 5.8; Las niñas deprimidas obtuvieron una media de 24.8 y una DE de 6.4 y las no deprimidas una media de 22.6 y una DE de 8.2. Se observa que el efecto del sexo resultó significativo ($F_{1,90} = 4.60$ $p = 0.032$), mientras que ni el efecto del diagnóstico ni el de interacción resultaron significativos. El proceso de comparaciones múltiples indicó que el grupo de niñas deprimidas obtuvieron puntajes significativamente superiores a los de los niños (deprimidos y no deprimidos $p < 0.05$).

Edad. En los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido la media fue de 10.8 años con una DE de 1.37; los sujetos masculinos del grupo no deprimido, obtuvieron una media de 10.7 años con una DE de 1.13. El grupo del sexo femenino deprimido tenía una media de 10.9 años con una DE de 1.16 y las del grupo no deprimido una media de 10.4 años y una DE de .96. Se observa que ni el efecto del sexo ni el de diagnóstico, ni el de interacción, resultaron significativos.

Escolaridad. El promedio de años de estudio de los varones del grupo deprimido fue de 4.85 con una DE de .90 y para los no deprimidos la media fue de 5.11 años con una DE de .80. Para el sexo femenino, el grupo deprimido obtuvo una media de 5.31 años y una DE de .87, y para el grupo no deprimido la media fue de 4.93 años con una DE de .78. Tampoco en esta variable se observa que el efecto del sexo, el de diagnóstico y el de interacción resultaran significativos.

En el análisis de correlación (lineal) entre los Totales del CDS (Total Depresivo y Total Positivo) obtenidos por cada sujeto, y la edad de los sujetos en total, se obtuvieron los siguientes resultados por sexo: Para el grupo de los varones, la correlación entre la edad y el Total Depresivo arrojó un coeficiente de $r = -0.317$, con un 10% de varianza explicada, ($g.l. = 46$; $p = 0.02$). En este mismo grupo, la correlación entre el Total Positivo y la edad, fue nula ($r = -0.04$).

La correlación entre la edad y los totales Depresivos en los sujetos de sexo femenino, también fue despreciable ($r = 0.01$).

Por último, tampoco la correlación entre el Total Positivo y

la edad de los sujetos femeninos resultó en un coeficiente alto ($r=0.07$).

En la Tabla 3 se muestran los resultados obtenidos en las variables sociodemográficas al aplicar la prueba de la Probabilidad Exacta de Fisher.

En la variable "Cambio de residencia o de domicilio" durante el año anterior a la inclusión en el estudio no existieron diferencias significativas entre los grupos deprimidos y no deprimidos.

Tampoco en la variable "Cambio de Escuela" durante el último año escolar, se evidenciaron diferencias significativas.

De manera similar en la variable "Cambio de Maestro" durante el último año escolar, las frecuencias fueron semejantes entre los grupos.

En la variable "Separación de los Padres", se observa que el número de sujetos que experimentaron la separación de sus padres, difirió de manera significativa entre los niños deprimidos y no deprimidos ($p= 0.004$, en el sexo masculino y $p= 0.01$ en las niñas).

En la variable "Otros Eventos Significativos", que incluye la pérdida de algún amigo, mascotas u otro objeto significativo para el niño o la niña en el año previo a la inclusión en este estudio, los grupos de niños (deprimidos y no deprimidos) ($p= 0.24$) y los grupos de niñas (deprimidas y no deprimidas), ($p= 0.12$) la frecuencia fue similar.

La Tabla 4, muestra la clase social de los sujetos que conformaron la muestra en estudio. Esta variable se cuantificó con base al procedimiento para medir el nivel socioeconómico, de

Díaz-Guerrero y cols. (1975). Se observa que en la clase Media Superior fueron clasificados 58 sujetos (61.70%), en la clase Baja Superior 35 sujetos (37.23%) y en la Baja Inferior sólo un sujeto (1.06%).

En la clase Media Superior se ubicaron 7 (7.44%) sujetos del sexo masculino deprimidos y 21 (22.34%) no deprimidos.

De clase Baja Superior se encontraron 6 (6.38%) niños deprimidos y 14 (14.89%) no deprimidos. En la clase Baja Inferior no se ubicó ningún sujeto de sexo masculino.

Para los sujetos de sexo femenino la distribución observada fue la siguiente:

Como pertenecientes a la clase Media Superior encontramos 12 (12.76%) niñas deprimidas y 18 (19.14%) no deprimidas.

En la clase Baja Superior se ubicaron 4 (4.25%) niñas deprimidas y 11 (11.70%) no deprimidas.

De clase Baja Inferior no hubo niñas deprimidas y solamente, se encontró una niña (1.06%) en el grupo de no deprimidas.

VII. DISCUSION Y CONCLUSIONES

VII.1 Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, el CDS mostró una tendencia a identificar características depresivas en la muestra estudiada. Esto sucedió de manera más clara en los sujetos del sexo masculino (deprimidos y no deprimidos) que para los del sexo femenino (dep. y no dep.)

Con base en los análisis de Sensibilidad y Especificidad para el Total Depresivo del CDS, se observó que el Punto de Corte más adecuado es 135, obteniendo así una Sensibilidad del 69% y una Especificidad del 51%. Para el Total Positivo el mejor punto de corte fue de 36 con el cual la sensibilidad es del 65% y la especificidad del 48%. Estos datos, además de las curvas de ROC (figs. 2 y 3), reflejan una disparidad importante entre lo que el paidopsiquiatra clasifica como un trastorno depresivo y las puntuaciones del CDS. En otras palabras, en el terreno clínico, con el modelo médico, el CDS es un instrumento cuyo comportamiento para identificar a los niños deprimidos es deficiente. Aunque el estudio previo con población mexicana (Delsordo, 1986), indica que la consistencia interna del cuestionario es bastante aceptable, el presente estudio indica que sólo detecta en el mejor de los casos, al 70% de los sujetos deprimidos y clasifica erróneamente como deprimidos al 50% (con los puntos de corte de TD 135 y TP 36).

Es necesario abundar en el estudio del instrumento; por ejemplo, sería recomendable realizar un análisis discriminante para profundizar en la capacidad del instrumento para clasificar

correctamente a los sujetos. También, es importante realizar un análisis factorial de componentes principales, con el objeto de verificar que la puntuación se comporta igual que el original en inglés.

Pasando a otros aspectos, se observó que los sujetos del sexo femenino del grupo deprimido obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en el Total Positivo (TP) que los de sexo masculino de ambos grupos (deprimidos y no deprimidos).

En el Total Depresivo (TD), los sujetos del sexo masculino del grupo deprimido, obtuvieron puntuaciones significativamente superiores que los del grupo no deprimido del mismo sexo.

Con respecto a las subescalas de tipo depresivo, Respuesta Afectiva (RA), Problemas Sociales (PS), y Autoestima (AE), fueron los sujetos de sexo masculino del grupo deprimido, quienes obtuvieron puntuaciones significativamente superiores, comparadas con las del grupo no deprimido del mismo sexo. En la subescala Pensamientos de Muerte (PM), el grupo de sujetos masculinos del grupo deprimido obtuvo puntajes significativamente superiores comparados con los sujetos del sexo femenino del grupo no deprimido.

Para la subescala Positivos Varios (PV), las niñas del grupo deprimido, obtuvieron puntuaciones significativamente superiores, comparadas con las de los dos grupos de varones (deprimidos y no deprimidos).

En las subescalas Sentimientos de Culpabilidad (SC), Depresivos Varios (DV), y Animo-Alegría (AA) no existieron diferencias significativas para ninguno de los grupos. Así como

tampoco, en cuanto a las variables edad y escolaridad.

Se efectuaron análisis de correlación con los totales (TD y TP) del CDS, y las variables edad y sexo, de los que se obtuvo una correlación negativa moderada entre la edad de los varones de ambos grupos (dep. y no dep.) y las puntuaciones del Total Depresivo. Para el Total Positivo no existió una correlación significativa en este grupo.

A este respecto, Lang y Tisher (cit. por Seisdedos, 1983), no reportan diferencias entre los sexos pero observan que en las subescalas de tipo depresivo y su total, disminuyen las puntuaciones al aumentar la edad; "los niños mayores son menos depresivos o bien, al ser más conscientes, se muestran cautelosos y lo ocultan".

En este estudio no se observaron correlaciones significativas entre la edad de los sujetos del sexo femenino y ninguno de los totales (TD y TP) del CDS.

Respecto al diagnóstico psiquiátrico (figura 1) en general, las niñas presentaron características depresivas con mayor frecuencia que los niños, lo cual parece relacionarse con el grado escolar.

El porcentaje más alto de depresión se presentó en el rango de edad mayor a los 12 años, en un 57.14% de los niños y en un 66.66% de las niñas. Sin embargo, en los otros rangos de edad el comportamiento fue diferente. Entre los 8 años 1 mes y los 9 años 0 meses, los niños no mostraron características depresivas. Pero entre los 9 años 1 mes a los 10 años 0 meses, hubo una mayor frecuencia de depresión (50%); la que disminuyó entre los 10 años

1 mes a los 11 años 0 meses (20%); de igual forma, de los 11 años con 1 mes a los 12 con 0 meses (0%); y finalmente, volvió a incrementarse en los niños mayores de 12 años (57.14%).

En el sexo femenino, la depresión estuvo presente en todas las edades. Desde los 8 años se presentó en un porcentaje alto (50%), éste disminuyó de los 9 años 1 mes a los 10 años 0 meses (15.38%), para incrementarse en las edades de 10 años 1 mes a los 11 con 0 meses (33.33%), y de 11 años 1 mes a los 12 años 0 meses (40%), y llegar al máximo en el rango de más de 12 años (66.66%).

Lo anteriormente descrito coincide con los hallazgos de Sroufe y Rutter (1984), quienes afirman que los componentes afectivos y cognitivos de la depresión aparecen en la preadolescencia; que existe un gran incremento en la frecuencia de esta condición al entrar en la adolescencia, y que esto se hace más patente en las mujeres. Sin embargo, estos autores también mencionan que los componentes depresivos son más comunes en los varones a una edad más temprana (aunque no la especifican) que en las niñas. En el presente estudio, los varones a partir de los 9 años 1 mes a los 10 años 0 meses presentaron el fenómeno depresivo en un alto porcentaje (50%); mientras que en las niñas se observa el porcentaje más bajo (15.38%).

Según Sroufe y Rutter (1984), estos patrones en la expresión sintomatológica de la depresión son congruentes con factores sociales y biológicos. Es decir, la tendencia a la depresión en los preadolescentes se hace evidente a la luz de los patrones de socialización. En nuestra cultura, como en muchas otras, la socialización de las niñas se realiza bajo patrones tales como la

complacencia, la pasividad, la inhibición y el buscar apoyo en otros. Por tanto, la manifestación sintomatológica de la depresión es congruente con el patrón de socialización. La aparición más temprana del fenómeno depresivo en los niños, generalmente incluye una constelación de otros problemas conductuales. Esto señala la diferencia en los esquemas socializadores; los niños son educados hacia la externalización de la conducta, y lejos de la expresión de sentimientos tiernos.

Por otra parte, los cambios relativos a la edad también incluyen factores biológicos, tales como los cambios hormonales en la pubertad. Sin duda, comentan estos autores, debido a estas variaciones hormonales y a otros cambios propios del desarrollo, las jóvenes se vuelven más conscientes de su vulnerabilidad, la cual incluye ahora la explotación sexual, el embarazo y sus consecuencias en una joven "preparada hacia la enfermedad". Es el incremento en la vulnerabilidad y sus diferentes significados lo que puede ser la clave para comprender porqué la pubertad se asocia con la depresión solamente, en algunas jóvenes. No son ni los genes, ni los cambios hormonales los causantes directos de la depresión. Esta debe ser vista en términos de la interacción de la experiencia, el estrés y factores biológicos y psicológicos relacionados con la edad.

Bemporad y Lee (1984), al comparar 12 niños deprimidos con un grupo control apareado por edad, sexo y situación familiar, llegaron a la conclusión de que el cuadro sintomático depresivo varía de acuerdo al despliegue de habilidades cognitivas, sociales y emocionales del niño. Los niños preescolares mostraron disforia

y enojo sólo en presencia de una persona o situación frustrantes. Los niños pequeños en edad escolar, mostraron tristeza crónica, verbalizaban poco la baja autoestima, pero con gran cantidad de amenazas suicidas y fantasías. Los niños un poco mayores verbalizan un poco más su baja autoestima, comienzan a cristalizar los rasgos patológicos del carácter (la pasividad, el aislamiento y la obstinación), e intentan encontrar las causas de su infelicidad. Finalmente, los adolescentes, mostraron las características anteriores, además de agresividad, conducta antisocial, y signos vegetativos.

En esta investigación, se observó que la "separación de los padres" fue más frecuente, tanto en los sujetos de sexo masculino como en los del sexo femenino deprimidos. En relación a esto, ya se mencionaron varios estudios (Birleson 1980, Chinchilla y cols. 1987, Pfeffer y cols. 1986) en los que se ha comprobado que las relaciones familiares disruptivas y los trastornos de personalidad, así como los trastornos depresivos en los padres contribuyen al surgimiento o expresión de respuestas depresivas en los hijos. Puede suceder que la enfermedad depresiva de uno de los miembros de la familia, por sí misma, provoque la separación, o bien, que la depresión de los padres se origine por conflictos relacionados con la separación. Cuando uno de los padres sufre un trastorno depresivo, se trastorna la vida familiar, así como la interacción psicológica entre el niño y el padre o la madre deprimidos. (Harjan 1989).

En este estudio se encontró que variables tales como "cambio de maestro", "cambio de casa" y "cambio de escuela", aunque se

presentaron en ambos grupos de sujetos deprimidos y no deprimidos, las diferencias no fueron significativas, ni para los niños ni para las niñas. Una posible explicación para el caso específico de "cambio de escuela", es que esta variable puede estar más asociada a problemas de conducta o con reprobar algún grado (lo cual se excluyó en este estudio) más que con los trastornos depresivos (Birleson 1980).

Finalmente, en la literatura sobre el tema, no se encontraron datos que indiquen que el nivel socioeconómico sea uno de los factores determinantes para la presencia de depresión. Excepto en el estudio de Harjan (1989), que encontró que la clase social baja en combinación con la separación de los familiares, eran más comunes en los padres de hijos deprimidos que en los no deprimidos. En esta investigación se observó una tendencia en el sentido de que un mayor número de niñas deprimidas pertenecían a la clase social media superior.

VII.2 Alcances y Limitaciones

El presente trabajo es un estudio exploratorio en el que se hace un sondeo acerca de la validez del CDS para evaluar cuadros depresivos en la población escolar de 8 a 13 años de edad de una escuela Primaria pública. Evidentemente, los resultados obtenidos no son extrapolables a otras poblaciones.

Otra de las limitaciones de la presente investigación, es que fue un sólo psiquiatra quien realizó las entrevistas diagnósticas a los niños, por lo que existe la posibilidad de error en los diagnósticos.

Sin embargo, también debemos mencionar que los recursos económicos con que se contó para la realización de este estudio, resultaban insuficientes para la contratación de más psiquiatras.

Por otra parte, la aplicación del CDS a los 94 niños de la muestra permitió hacer algunas observaciones relacionadas al formato, al lenguaje utilizado y al procedimiento de respuesta.

Para algunos niños, la presentación del CDS resultó muy atractiva, no así para otros quienes tuvieron reacciones de defensa o ansiedad.

Las instrucciones no resultaron fácilmente inteligibles, sobre todo para los niños más pequeños. Las principales dificultades estuvieron relacionadas con el formato de respuesta, así como la redacción de las clasificaciones de las respuestas, es decir, los términos "muy de acuerdo", "de acuerdo", "en desacuerdo" y "muy en desacuerdo" generalmente se interpretaron como equivalentes de la frecuencia o la intensidad del síntoma. Los examinandos preguntaron si debían clasificar bajo "muy de acuerdo" o

"de acuerdo" cuando alguno de los síntomas estaba presente muchas veces o siempre; y si debían clasificar por debajo de "en desacuerdo" o "muy en desacuerdo" cuando el síntoma se presentaba algunas veces o nunca.

Otro de los problemas que se presentó resultó de la utilización de algunas palabras de las que los niños más pequeños (de 8 a 9 años) no sabían el significado, tal fue el caso de: "frecuentemente", "a menudo", "sentirse desgraciado" o "desdichado" y "enfadarse", las cuales se presentan en varios reactivos. Sin embargo, para los niños mayores sólo el término "sentirse desgraciado" originó confusión.

De igual forma, algunos reactivos como el 14 que dice "A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible", es muy extenso para los niños más pequeños y resultó confuso.

El reactivo 46 dice "Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco", muchos niños no sabían a que parte de la oración responder. Asimismo el elemento 54 "A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/padre" y el 66 que dice "A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distinta dirección" no resultaron lógicos a la mayoría de los niños.

En el reactivo 39 que dice "A menudo la salud de mi madre me preocupa/inquieta" y en el 64 "Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes", se menciona únicamente a la madre y al padre respectivamente, mientras en otros elementos se lee padre/madre. Algunos niños que por alguna razón no tenían a alguno de los padres o no vivía con ellos, por lo general se paralizaron

y no podían responder.

De acuerdo con lo anterior, Delsordo (1986) al aplicar el CDS encontró problemas similares relacionados con el sistema de clasificación de las respuestas y con la redacción de los reactivos.

VII.3 Sugerencias

Por lo expuesto hasta aquí, se sugiere la sustitución de algunos de los términos empleados tanto en el sistema de clasificación como en los reactivos, por términos más usuales para este tipo de población mexicana, de tal manera, que la prueba resulte más comprensible, sobre todo para los niños pequeños; o bien, que su aplicación se efectúe a niños a partir de los 9 años.

Otro aspecto que se pudo observar, es el hecho de que la prueba resultó extensa para la mayoría de los niños. Si bien es cierto que el CDS incluye tanto elementos positivos como depresivos y esto representa una ventaja ante otras pruebas (Kazdin 1986), creemos que sería importante efectuar análisis para seleccionar los reactivos más significativos, lo que contribuiría a disminuir el tiempo de aplicación.

Se sugiere que para estudios posteriores, la entrevista psiquiátrica la realicen dos o más psiquiatras, con el fin de obtener una mayor confiabilidad en los diagnósticos.

Finalmente, para estudios posteriores se recomienda realizar un análisis discriminante y profundizar en la capacidad del instrumento para clasificar correctamente a los sujetos. Asimismo, sería importante realizar un análisis factorial de componentes

principales con el propósito de verificar que la presente versión del CDS, se comporta igual que la original en inglés.

VII.4 Conclusiones

La presente investigación se llevó a cabo con un grupo de 94 niños de ambos sexos de 8 a 13 años de edad que cursaban los grados de 4o., 5o. y 6o. en una escuela primaria pública del D.F.

De acuerdo con los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

- El CDS como instrumento de detección de síndromes depresivos en niños, identificó en los sujetos de este estudio algunas de las características depresivas que señalan los criterios del DSM-III. Esto se observó con mayor claridad en los sujetos de sexo masculino, en comparación con los de sexo femenino.

- Con base en los análisis de Sensibilidad y Especificidad para cada uno de los totales del CDS (TD y TP), se observó una diferencia importante entre lo que el paidopsiquiatra clasifica como un trastorno depresivo en base a los criterios del DSM-III y las puntuaciones del CDS. Es decir, el CDS detectó el 70% de los sujetos deprimidos y clasificó erróneamente como deprimidos al 50%. De estos resultados se puede concluir que el CDS por sí sólo, no brinda un diagnóstico preciso de los sujetos, por lo que se recomienda efectuar más análisis, con el objeto de profundizar en la capacidad del instrumento para clasificar correctamente a los sujetos.

Al comparar las puntuaciones que obtuvieron los sujetos deprimidos y no deprimidos (con base en los criterios del DSM-III) en los Totales (TD y TP) y en las subescalas del CDS, observamos lo siguiente:

- En el Total Positivo (TP) del CDS las niñas del grupo

deprimido con base en el DSM-III, presentaron una mayor incapacidad para experimentar vivencias positivas, comparadas con los varones, tanto del grupo deprimido como del no deprimido.

- Respecto al Total Depresivo (TD), los niños del grupo deprimido, reportaron sentirse más deprimidos en comparación con los niños del grupo no deprimido.

- Para la subescala de tipo depresivo Respuesta Afectiva (RA), los varones del grupo deprimido, mostraron más sentimientos de tristeza y desgracia, comparados con los varones del grupo no deprimido.

- En la siguiente subescala depresiva Problemas Sociales (PS), igualmente, los niños deprimidos refirieron más dificultades de interacción social y más sentimientos de aislamiento y soledad, que los niños del grupo no deprimido.

- Para la subescala de tipo depresivo Autoestima (AE) también los varones del grupo deprimido, reportaron más sentimientos, conceptos y actitudes negativas en relación con su propia estima y valor, comparados con los niños del grupo no deprimido.

- En la subescala Preocupación por la Muerte (PM) los varones del grupo deprimido tuvieron más sueños y fantasías en relación a enfermedad y muerte, comparados con las niñas no deprimidas.

- Con respecto a la subescala Positivos Varios (PV), (la cual incluye los reactivos que no pudieron agruparse para formar una entidad; Seisdedos, 1983) las niñas del grupo deprimido, presentan una mayor incapacidad para vivenciar aspectos positivos de alegría, diversión y felicidad comparadas con los varones de ambos grupos, deprimidos y no deprimidos.

- Se observó que los varones de ambos grupos (deprimidos y no deprimidos), mostraron una tendencia a obtener puntuaciones menores en el Total Depresivo del CDS a medida que la edad aumentaba.

- Por otro lado, existió un mayor porcentaje de sujetos del sexo femenino que cubrieron los criterios de depresión de acuerdo al DSM-III.

- Hubo un porcentaje más alto de sujetos diagnosticados como deprimidos, en el rango de edad "mayor de 12 años", tanto para los sujetos del sexo masculino como para los de sexo femenino. Sin embargo, los porcentajes de la presencia de depresión en los otros rangos de edad, fue diferente para ambos sexos.

- En este estudio se encontró una asociación entre el diagnóstico de depresión, y la ocurrencia de la "separación de los padres" entre los sujetos de ambos sexos.

- Finalmente, se observó una tendencia en el sentido de que un mayor número de niñas del grupo con depresión, pertenecían a la clase social media alta.

TABLA No. 1

EDAD Y ESCOLARIDAD

EDAD \ GRADO ESCOLAR	8a1m-9a0m		9a1m-10a0m		10a1m-11a0m		11a1m-12a0m		+ DE 12 a.		T O T A L	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4o.	4	4.25	20	21.27	5	5.31	0	0	0	0	29	30.83
5o.	0	0	5	5.31	22	23.40	3	3.19	1	1.06	31	32.96
6o.	0	0	0	0	3	3.19	19	20.21	12	12.76	34	36.15
T O T A L	4	4.25	25	26.59	30	31.91	22	23.40	13	13.82	94	100.0

TOTALES Y SUBESCALAS DEL C.D.S. *	N I R R O S				N I N A S			
	DEPRIMIDOS n = 13		NO DEPRIMIDOS n = 35		DEPRIMIDAS n = 16		NO DEPRIMIDAS n = 30	
	\bar{x}	D.S.	\bar{x}	D.S.	\bar{x}	D.S.	\bar{x}	D.S.
TOTAL POSITIVO ¹	35.5 ± 5.5		35.9 ± 8.6		43.7 ± 12.9 ^a		36.4 ± 9.0	
TOTAL DEPRESIVO ²	159.5 ± 33.6 ^b		129.2 ± 32.5		142.9 ± 28.5		136.5 ± 36.5	
ANIMO - ALEGRIA	15.5 ± 3.8		15.1 ± 4.3		16.2 ± 3.9		15.5 ± 3.8	
RESPUESTA AFECTIVA ³	25.0 ± 5.9 ^b		18.9 ± 6.2		23.0 ± 6.5		19.9 ± 8.1	
PROBLEMAS SOCIALES ⁴	25.9 ± 6.0 ^b		19.1 ± 6.5		24.1 ± 5.9		21.6 ± 7.9	
AUTOESTIMA ⁵	26.8 ± 5.7 ^b		20.7 ± 6.9		22.0 ± 5.7		20.8 ± 5.2	
PENSAMIENTOS DE MUERTE ⁶	22.2 ± 4.8 ^c		17.8 ± 6.4		19.2 ± 5.4		17.0 ± 5.8	
SENTIMIENTOS DE CULPA	28.0 ± 6.5		22.5 ± 7.1		24.6 ± 7.0		24.5 ± 7.2	
DEPRESIVOS VARIOS	34.0 ± 6.9		30.1 ± 5.5		29.9 ± 5.8		30.6 ± 5.4	
POSITIVOS VARIOS ⁷	20.0 ± 3.5		21.1 ± 5.8		24.8 ± 6.4 ^a		22.6 ± 8.2	

* ANOVA de dos factores, sólo se muestran las razones F con una $p < 0.05$

¹ Efecto del Sexo (1,90) $F = 4.311$ $p = 0.038$

² Efecto del Dx (1,90) $F = 6.003$ $p = 0.015$

³ Efecto del Dx (1,90) $F = 8.765$ $p = 0.004$

⁴ Efecto del Dx (1,90) $F = 9.26$ $p = 0.003$

⁵ Efecto del Dx (1,90) $F = 7.154$ $p = 0.008$

⁶ Efecto del Dx (1,90) $F = 6.149$ $p = 0.014$

⁷ Efecto del Sexo (1,90) $F = 4.598$ $p = 0.032$

^a $p < 0.05$ vs. Varones dep. y no dep. ("t" no pareada con corrección de Bonferroni).

^b $p < 0.05$ vs. Varones no dep. ("t" no pareada con corrección de Bonferroni).

^c $p < 0.05$ vs. Niñas no deprimidas.

TABLA No. 3

VARIABLE	NIÑOS		NIÑAS	
	DEP. n = 13	NO DEP. n = 35	DEP. n = 16	NO DEP. n = 30
CAMBIO DE CASA	2	2	0	4
CAMBIO DE ESCUELA	4	6	2	4
CAMBIO DE MAESTRO	1	4	1	6
SEPARACION DE LOS PADRES*	7	4	11	9
OTROS EVENTOS SIGNIFICATIVOS	3	5	3	11

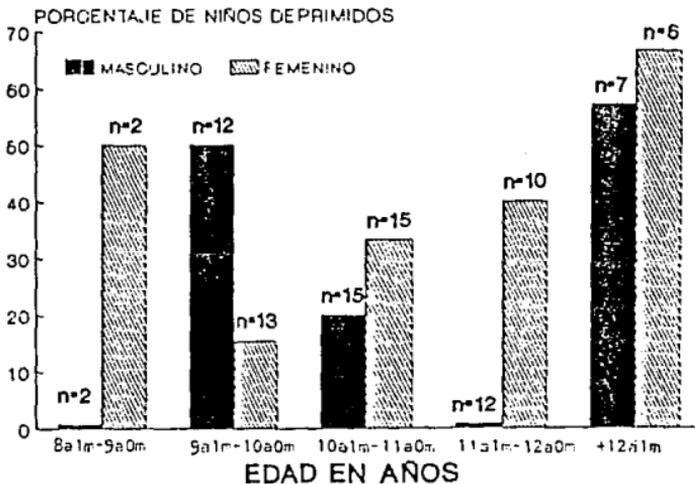
* $p < 0.01$ (prueba exacta de Fisher por sexo).

TABLA No. 4

CLASE SOCIAL	NIÑOS				NIÑAS				TOTAL	
	DEPRIMIDOS n = 13		NO DEPRIMIDOS n = 35		DEPRIMIDAS n = 16		NO DEPRIMIDAS n = 30		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
MEDIA SUPERIOR	7	7.44	21	22.3	12	12.7	18	19.4	58	61.7
BAJA SUPERIOR	6	6.4	14	14.9	4	4.2	11	11.7	35	37.2
BAJA INFERIOR	0	0	0	0	0	0	1	1.06	1	1.06
TOTAL	13	13.8	35	37.2	16	17.0	30	31.9	94	100.0

FIGURA No. 1

DEPRESION EN ESCOLARES



ROC TOTAL DEPRESIVO CDS

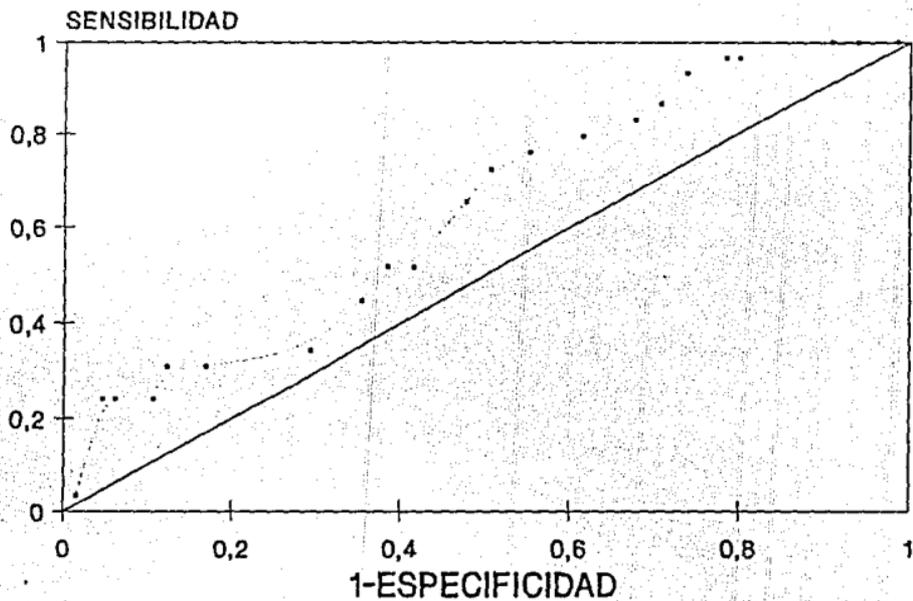


FIGURA 2

ROC TOTAL POSITIVO CDS

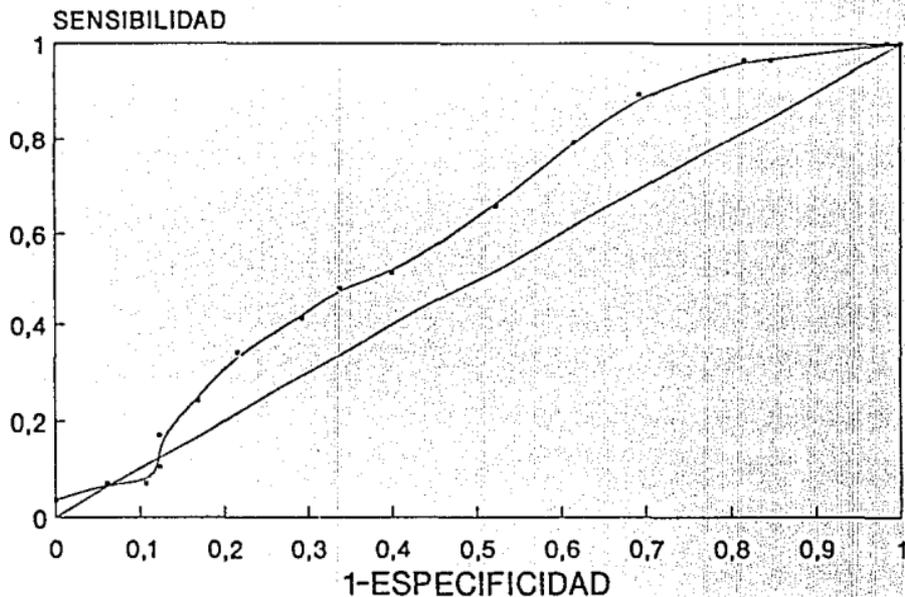


FIGURA 3

BIBLIOGRAFIA.

- Ajuriaguerra, J. de: Problemas particulares planteados por la depresión y la exaltación en el niño. En: Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona, Masson, S.S. pp.659-672, 1983.
- Akiskal, H.S. y Weller, E.B.: Mood disorders and suicide in children and adolescents. En: Comprehensive Textbook of Psychiatry II. Kaplan HI, Sadock B. (Eds.) Baltimore, Williams & Wilkins, pp.1981-1994, 1989.
- American Psychiatric Association: DSM-III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, Masson, S.S. pp.220-225, 1983.
- Anastasi, A.: Psychological Testing. Macmillan Publishing Co. Inc. 4th Ed., pp:134-161, 1979.
- Annell, A.L. (Ed.): Depressive states in childhood and adolescence. Stockholm, Almquist & Wiksell. pp.9-21, 1972.
- Arieti, S. y Bemporad, J.R.: The Psychological organization of depression. Am. J. Psychiat. 135:1360-1365, 1980.
- Asarnow, J.R. y Bates, S.: Depression in child psychiatric inpatients: Cognitive and attributional patterns. J. Abnorm. Child. Psychol. 16:601-615, 1988.
- Asarnow, J.R., Carlson, G.A. y Guthrie, D.: Coping strategies, self-perceptions, hopelessness and perceived family environments in depressed and suicidal children. J. Consul. Clin. Psychol. 55:361-366, 1987.
- Baldessarini, R.J., Finkelstein, S. y Arana, G.W.: The predictive power of diagnostic tests and the effect of prevalence of illness. Arch. Gen. Psychiat. 40:569-573, 1983.
- Bauersfeld, K.H.: Diagnosis and treatment of depressive conditions at a school psychiatric centre. En: Depressive states in childhood and adolescence. Annell AL. (Ed.) Stockholm, Almquist & Wiksell. pp.281-285, 1972.
- Beck, A.T., Rush, A.J. y Shaw, B.F.: Cognitive Therapy of Depression. M. Mahoney (Ed.) New York, The Guildford Press. pp.8-33, 1985.
- Bemporad, J.R. y Lee, K.W.: Developmental and Psychodynamic Aspects of Childhood Depression. Child Psychiat. Human Development. 14:145-157, 1984.

- Bemporad, J.R. y Wilson, A.: A Developmental approach to depression in childhood and adolescence. *J. Am. Acad. Psychoanal.* 6:325-352, 1978.
- Bertelsen, A., Harvald, B. y Hauge, M.: A Danish twin study of manic-depressive disorders. *Br. J. Psychiat.* 130:330-351, 1977.
- Birleson, P.: The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *J. Child Psychol. Psychiat.* 22:73-88, 1980.
- Biglan, A., Hops, H., Sherman, L., Friedman, L., Arthur, J. y Osteen, V.: Problem solving interactions of depressed women and their husbands. *Behav. Ther.* 16:431-451, 1985.
- Blechman, E.A., McEnroe, M.J. y Carella, E.T.: Childhood competence and depression. *J. Abnorm. Psychol.* 95:223-227, 1986.
- Bowlby, J.: Process of mourning. *Int. J. Psychoanal.* 43:317, 1961.
- Bowlby, J.: *Una Base Segura*. Ed. Paidós, Argentina, 1990.
- Cadoret, R.J.: Evidence for genetic inheritance of primary affective disorder in adoptees. *Am. J. Psychiat.* 135:463-466, 1978.
- Cantwell, D.P. y Carlson, G.: Problems and prospects in the study of childhood depression. *J. Nerv. and Mental Diseases.* 167:522-529, 1979.
- Caplan, H.L., Cogill, S.R., Heather, A., Robson, K.M., Katz, R. y Kumar, R.: Maternal depression and the emotional development of the child. *Brit. J. Psychiat.* 154:818-822, 1989.
- Carlson, G.A. y Cantwell, D.P.: A survey of depressive symptoms, syndrome and disorder in a child psychiatric population. *J. Child Psychol. and Psychiat.* 21:19-25, 1979.
- Carlson, G.A. y Cantwell, D.P.: Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Psychiat.* 21:361-368, 1982.
- Chinchilla, A., Lana, F., González-Pinto, A., Martín, M., García, R.V., Camarero, M. y Jiménez, J.L.: Depresión ambulatoria. Estudio comparativo entre un grupo infanto-juvenil y un grupo de adultos. *Actas Luso-Españolas Neurol. Psiquiat.* 15:279-283, 1987.
- Cytryn, L. y Mcknew, H.D.: Proposed classification of childhood depression. *Am. J. Psychiat.* 129:149-155, 1972.

- Cytryn, L. y Mcknew, H.D.: Factors influencing the changing clinical expression of the depressive disorders in children. Am. J. Psychiat. 131:879-881, 1974.
- Cytryn, L., Mcknew, H.D., Logue, I.M. y Desai, R.B.: Biochemical correlates of affective disorders in children. Arch. Gen. Psychiat. 31:659-661, 1974.
- Cytryn, L. y Mcknew, H.D.: Diagnosis of depression in children: A reassessment. Am. J. Psychiat. 137:22-25, 1980.
- Delong, G.R. y Aldershof, A.L.: Long-term experience with lithium treatment in childhood: Correlation with clinical diagnosis. J. Am. Acad. Child Adol. Psychiat 26:389, 1987.
- Delsordo, A.R.: Validez y Normas del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) aplicado a una muestra de niños y adolescentes mexicanos. Tesis de Licenciatura. Universidad de las Américas, 1986.
- Depue, R.A. y Monroe, S.M.: Learned helplessness in the perspective of the depressive disorders: Conceptual and definitional issues. J. Abnorm. Psychol. 87:3-20, 1978.
- Díaz-Guerrero, R., Bianchi, A.R. y Ahumada D.R.: Investigación formativa de Plaza Sésamo. Ed. Trillas, México, pp. 27-42, 1975.
- Dweck, C.S. y Reppucci, N.D.: Learned helplessness and reinforcement responsibility in children. J. Person. Soc. Psychol. 25:109-116, 1973.
- Faulstich, M.E., Carey, M.P., Ruggiero, L., Enyart, P. y Gresham, F.: Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scales for Children (CES-DC). Am J. Psychiat. 143:1024-1027, 1986.
- Freud, S.: Duelo y Melancolía. Obras Completas. Madrid, Biblioteca Nueva II. p. 2091-2100, 1948.
- Frommer, E.A.: Indications for antidepressant treatment with special reference to depressed preschool children. En: Depressive States in Childhood and Adolescence. Anell AL, (Ed.) Stockholm, Almqvist & Wiksell. pp.449-454, 1972.
- Garfinkel, B.D., Froese, A. y Hood, J.: Suicide Attempts in children and adolescents. Am. J. Psychiat. 139:1257-1261, 1982.

- Gershon, E.S., Hamovit, J., Gurof, J.J., Dribble, E., Leckmann, J.F., Sceery, W., Targum, S.D., Nurnberger, J.I., Goldin, L.R. y Bunney, W.E.: A family study of schizoaffective bipolar I, bipolar II, unipolar and normal control probands. Arch. Gen. Psychiat. 39:1157, 1982.
- Glasser, K.: Masked depression in children and adolescents. Am. J. Psychother. 21:656-574, 1967.
- Harjan, A.: Children of parents with affective disorders: Childhood development and health as affected by socio-demographic factors and early or late experienced parental depression. Eur. J. Psychiat. 3:157-170, 1989.
- Kashani, J.H., Barbero, G.J. y Bolander, F.D.: Depression in hospitalized pediatric patients. Am. Acad. Child Psychiat. 20:123-134, 1981a.
- Kashani, J.H. y Cantwell, D.P.: Etiology and treatment of childhood depression: A biopsychological perspective. Comprehen. Psychiat. 24, 1983.
- Kashani, J.H. y Carlson, G.A.: Seriously depressed preschoolers. Am J. Psychiat. 144:348-350, 1987.
- Kashani, J.H., Carlson, G.A., Horwitz, E. y Reid, J.C.: Dysphoric mood in children referred to a child development unit. Child Psychiat. Hum. Dev. 15:234-242, 1985.
- Kashani, J.H., Husain, A., Shekim, W.O., Hodges, K.K., Cytryn, L. y Mcknew, D.H.: Current perspectives on childhood depression: An overview. Am. J. Psychiat. 138:143-153, 1981b.
- Kashani, J.H. y Simonds, J.F.: The incidence of depression in children. Am. J. Psychiat. 136:1203-1205, 1979.
- Kazdin, A.E.: Assessment techniques for childhood depression. A critical appraisal. Am. Acad. Child Psychiat. 358-375, 1981.
- Kazdin, A.E.: Childhood Depression. J. Child Psychol. Psychiat. 31:121-160, 1990.
- Kazdin, A.E., French, N.A., Unis, A.S., Esveltd-Dawson, K. y Sherick, R.B.: Hopelessness, depression and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. J. Consult. Clin. Psychol. 51:504-510, 1983.
- Kazdin, A.E., Rodgers, A. y Colbus, D.: The Hopelessness Scale for Children: Psychometric characteristics and concurrent validity. J. Consult. Clin. Pshcol. 54:241-245, 1986.

- King, C.A., Raskin, A., Gdowski, C.L., Butkus, M. y Opipari, L.: Psychosocial factors associated with urban adolescent female suicide attempts. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiat.* 29:289-294, 1990.
- Kosky, R., Silburn, S. y Zubrick, S.: Symptomatic depression and suicidal ideation. *J. Nerv. Men. Dis.* 174:523-528, 1986.
- Kovaks, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M.A., Paulauskas, S.L. y Finkelstein, R.: Depressive disorders in childhood. I.: A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch. Gen. Psychiat.* 41:229-237, 1984a.
- Kovaks, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M.A., Paulauskas, S.L., Pollock, M. y Finkelstein, R.: Depressive disorders in childhood. II.: A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Arch. Gen. Psychiat.* 41:643-649, 1984b.
- Kuhn, V. y Kuhn, R.: Drug therapy for depression in children: indications and methods. En: *Depressive states in childhood and Adolescence.* Ansell AL. (Ed.) Stockholm, Almqvist & Wiksell, pp.455-459, 1972.
- Lahmeyer, H.W., Poznanski, E.O. y Bellur, S.N.: EEG sleep in depressed adolescents. *Am J. Psychiat* 140:1150-1152, 1983.
- Lefkowitz, M.M. y Burton, N.: Childhood depression: A critique of the concept. *Psychol. Bull.* 85:716-726, 1978.
- Lefkowitz, M.M. y Tesiny, E.D.: Assessment of childhood depression. *J. Consul. Clin. Psychol.* 48:43-50, 1980.
- Ling, W., Oftedal, G. y Weinberg, W.: Depressive illness in childhood presenting as severe headache. *Amer. J. Dis. Child.* 120:122-124, 1970.
- Malmquist, C.P.: Depressions in childhood and adolescence. *New England J. of Medicine*, 284:887-893, 1971.
- Mathews, A.: Cognitive processes in anxiety and depression: A discussion paper. *J. Royal Soc. Med.* 79:158-161, 1986.
- McKnew, D.H. y Cytryn, L.: Urinary metabolites in chronically depressed children. *A. Acad. Child Psychiat.* 608-615, 1979.
- Mcknew, D.H., Cytryn, L., Efron, A.M., Gershon, E.S. y Bunney, W.E.: Offspring of patients with affective disorders. *Brit. J. Psychiat.* 134:148-152, 1979.
- Meierhoffer, M.: Depression in infancy and childhood. En: *Depressive States in Childhood and Adolescence.* Ansell AL. (Ed.) Stockholm, Almqvist & Wiksell. pp.159-162, 1972.

- Nissen, G.: Drug therapy for depression in children. En: Depressive States in Childhood and Adolescence. Annell AL (Ed.) Stockholm, Almqvist & Wiksell. pp.501-509, 1972.
- Orvaschel, H., Puig-Antich J., Chambers, W., Tabrizi, M.A. y Johnson, R.: Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie-SADS-E. Am. Acad. Child Psychiat. 21:392-397.
- Parker, G. y Manicavasagar, V.: Childhood bereavement circumstances associated with adult depression. Brit. J. Med. Psychol. 59:387-391, 1986.
- Paykel, E.S., Myers, J.K., Dienelt, M.N., Klerman, G.L., Lindenthal, J.J. y Pepper, M.P.: Life-events and depression. A controlled study. Arch. Gen. Psychiat. 21:753-760, 1969.
- Pearce, J.: Depressive disorder in childhood. J. Child. Psychol. & Psychiat. 18:79-82, 1977.
- Petti, L.K., Asarnow, J.R., Carlson, G.A. y Lesser, L.: The dexamethasone suppression test in depressed, dysthymic, and nondepressed children. Am. J. Psychiat. 142:631-633, 1985.
- Pfeffer, C.R., Plutchik, R. y Mizruchi, M.S.: A comparison of psychopathology in child psychiatric inpatients. Implications for treatment planning. J. Nerv. Men. Dis. 174:529-535, 1986.
- Philips, I.: Childhood depression: Interpersonal interactions and depressive phenomena. Am. J. Psychiat. 136:511-515, 1979.
- Polvan, O. y Cebiroglu, R.: Treatment with psychopharmacologic agents in childhood depressions. En: Depressive states in childhood and adolescence. Annell AL (Ed.) Stokholm, Almqvist & Wiksell. pp.467-470, 1972.
- Poznanski, E.O., Carroll, B.J. y Banagas, M.C.: The dexamethasone suppression test in prepubertal depressed children. Am. J. Psychiat. 139:321-323, 1982.
- Poznanski, E.O., Cook, S.C. y Carroll, B.J.: A depression rating scale for children. Pediatrics 64:442-450, 1979.
- Poznanski, E.O., Cook, S.C., Carroll, B.J. y Corzo, H.: Use of the Children's Depression Rating Scale in an inpatient psychiatric population. J. Clin. Psychiat. 44:200-203, 1983.
- Poznanski, E.O. y Zrull, J.P.: Childhood Depression. Clinical Characteristics of overtly depressed children. Arch. Gen. Psychiat. 53:455-468, 1970.
- Puig-Antich, J., Blau, S., Marx, N., Greenhill, L.L. y Chambers, W.: Prepubertal major depressive disorder. A pilot study. Am Acad. Child Psychiat. 695:707, 1978.

- Puig-Antich, J., Goetz, R. y Hanlon, C.: Sleep architecture and REM sleep measures in prepubertal children with major depression during a depressive episode: a controlled study. *Arch. Gen. Psychiat.* 39:932-939, 1982.
- Puig-Antich, J., Tabrizi, M.A. y Davies, M.: Prepubertal endogenous major depressives hyposecrete growth hormone in response to insulin-induced hypoglycemia. *J. Biol. Psychiat* 16:801-818, 1981.
- Puig-Antich, J. y Weston, B.: The diagnosis and treatment of major depressive disorder in childhood. *Ann. Rev. Med.* 34:231-245, 1983.
- Rie, H.E.: Depression in Childhood: A survey of some pertinent contributions. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 5:653-685, 1966.
- Rutter, M.: Relationship between child and adult psychiatric disorders. *Brit. J. Psychiat.* 132:3-15, 1972.
- Rutter, M.: The role of cognition in child development and disorder. *Brit. J. Med. Psychol* 60:1-16, 1987.
- Sandler, J. y Joffe, W.G.: Notes on childhood depression. *Int. J. Psychoanal.* 46:88-96, 1965.
- Saylor, C.F., Spirito, A. y Bennett, B.: The Children's Depression Inventory: A systematic evaluation of psychometric properties. *J. Consul. Clin. Psychol.* 52:955-967, 1984.
- Schoenbach, V.J., Kaplan, B.H., Grimson, R.C. y Wagner, E.H.: Use of a symptom scale to study the prevalence of a depressive syndrome in young adolescents. *Am J. Epidem.* 116:791-800, 1982.
- Seagal, A: Introducción a la obra de Melanie Klein. Ed. Paidós, Argentina, 1979.
- Seisedos, N.: Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). Sección de Estudio de Tests. TEA Ediciones, S.A., Madrid, 1983.
- Smeraldi, E., Gasperini, M., Macchiardi, F. y Bussoloni, C.: Factors affecting the distribution of age at onset in patients with affective disorders. *J. Psychiat. Res.* 17:309-317, 1983.
- Spitz, R.: El primer año de vida del niño. Fondo de Cultura Económica. México. pp.197-216, 1969.
- Spitzer, R., L., Endicott, J. y Robins, E.: Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch. Gen. Psychiat.* 35:773-782, 1978.

- Sroufe, L.A. y Rutter, M.: The domain of developmental psychopathology. *Child Development*. 55:17-29, 1984.
- Taylor, E.A. y Stansfeld, S.A.: Children who poison themselves. A clinical comparison with psychiatric controls. *Brit. J. Psychiat.* 145:127-135, 1984.
- Toolan, J.M.: Depression in children and adolescents. *Am. J. Orthopsychiat.* 32:404-414, 1962.
- Weinberg, W.A., Rutman, J., Sullivan, L., Fenick, E.C. y Dietz, S.G.: Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment. *J. Pediatrics* 83:1065-1072, 1973.
- Weiner, A.S. y Pfeffer, C.R.: Suicidal status depression and intellectual functioning in pre-adolescent psychiatric inpatients. *Comprehen. Psychiat.* 27:327-380, 1986.
- Weller, E.B. y Weller, R.A.: Assessing depression in prepubertal children. *Hill. J. Clin. Psychiat.* 8:193-201, 1986.
- Welner, A., Welner, A., McCrary, M.D. y Leonard, M.A.: Psychopathology in children of inpatients with depression: A controlled study. *J. Nerv. Ment. Disease*. 164:409-413, 1977.
- Wender, P.H., Kety, S.S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J. y Lunde, I.: Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Arch. Gen. Psychiat.* 43:923-929, 1986.
- Wong, S.T.: Depression in childhood: A survey of the literature. *Ann. Acad. Med.* 8:339-346, 1979.
- Yesavage, J.A. y Widrow, L.: Early Parental discipline and adult self-destructive acts. *J. Nerv. Men. Disease*. 173:74-77, 1985.

ANEXO I

Elementos del C.D.S.

1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.
2. Muchas veces me siento desgraciado en el colegio.
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.
4. A menudo creo que valgo poco.
5. Me despierto a menudo durante la noche.
6. Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre/padre.
7. Creo que se sufre mucho en la vida.
8. Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago.
9. Siempre creo que el día siguiente será mejor.
10. A veces me gustaría estar ya muerto.
11. Me siento solo muchas veces.
12. Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo
13. Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco.
14. A veces creo que mi madre/padre hace o dice cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.
15. Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.
16. Muchas veces mi madre/padre me hace sentir que las cosas que hago son muy buenas.
17. Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el colegio.
18. Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.
19. A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.
20. Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.

22. A veces temo que lo que hago pueda molestar o enfadar a mi madre/padre.
23. Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.
25. Me divierto con las cosas que hago.
26. Frecuentemente me siento desgraciado/triste/desdichado.
27. Muchas veces me siento solo y como perdido en el colegio.
28. A menudo me odio a mí mismo.
29. Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas.
30. Frecuentemente pienso que merezco ser castigado.
31. A menudo me siento desgraciado por causa de mis tareas escolares.
32. Cuando alguien se enfada conmigo, yo me enfado con él.
33. Casi siempre la paso bien en el colegio.
34. A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida.
35. La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende.
36. A menudo me avergüenzo de mí mismo.
37. Muchas veces me siento muerto por dentro.
38. A veces estoy preocupado porque no amo a mi madre/padre como debiera.
39. A menudo la salud de mi madre me preocupa/inquieta.
40. Creo que mi madre/padre está muy orgulloso de mí.
41. Soy una persona muy feliz.
42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado.
43. Nadie sabe lo desgraciado que me siento por dentro.
44. A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala.
45. Estando en el colegio me siento cansado todo el tiempo.

46. Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
47. A veces sueño que tengo un accidente o que me muero.
48. Pienso que no es nada malo enfadarse.
49. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
50. Algunas veces no se por qué me dan ganas de llorar.
51. A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie.
52. Cuando fallo en el colegio pienso que no valgo para nada.
53. A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.
54. A veces creo que hago cosas que ponen enfermo a mi madre/padre.
55. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero.
56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche.
57. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer.
58. Creo que mi vida es desgraciada.
59. Cuando estoy fuera de casa me siento como vacío.
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser.
61. A veces me siento mal porque no amo y escucho a mi madre/padre como se merece.
62. Pienso a menudo que no voy a llegar a ninguna parte.
63. Tengo muchos amigos.
64. Utilizo mi tiempo haciendo con mi padre cosas muy interesantes.
65. Hay mucha gente que se preocupa bastante por mí.
66. A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.

Apellidos y nombre

Curso Edad Sexo (V. o M.) Fecha

Centro

+ + Muy de acuerdo
 + De acuerdo
 +/- No estoy seguro
 - En desacuerdo
 - - Muy en desacuerdo

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	++	+	+/-	-	--
1...	<input type="radio"/>				
2...	<input type="radio"/>				
3...	<input type="radio"/>				
4...	<input type="radio"/>				
5...	<input type="radio"/>				
6...	<input type="radio"/>				
7...	<input type="radio"/>				
8...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
33...	<input type="radio"/>				
34...	<input type="radio"/>				
35...	<input type="radio"/>				
36...	<input type="radio"/>				
37...	<input type="radio"/>				
38...	<input type="radio"/>				
39...	<input type="radio"/>				
40...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
9...	<input type="radio"/>				
10...	<input type="radio"/>				
11...	<input type="radio"/>				
12...	<input type="radio"/>				
13...	<input type="radio"/>				
14...	<input type="radio"/>				
15...	<input type="radio"/>				
16...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
41...	<input type="radio"/>				
42...	<input type="radio"/>				
43...	<input type="radio"/>				
44...	<input type="radio"/>				
45...	<input type="radio"/>				
46...	<input type="radio"/>				
47...	<input type="radio"/>				
48...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
17...	<input type="radio"/>				
18...	<input type="radio"/>				
19...	<input type="radio"/>				
20...	<input type="radio"/>				
21...	<input type="radio"/>				
22...	<input type="radio"/>				
23...	<input type="radio"/>				
24...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
49...	<input type="radio"/>				
50...	<input type="radio"/>				
51...	<input type="radio"/>				
52...	<input type="radio"/>				
53...	<input type="radio"/>				
54...	<input type="radio"/>				
55...	<input type="radio"/>				
56...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
25...	<input type="radio"/>				
26...	<input type="radio"/>				
27...	<input type="radio"/>				
28...	<input type="radio"/>				
29...	<input type="radio"/>				
30...	<input type="radio"/>				
31...	<input type="radio"/>				
32...	<input type="radio"/>				

	++	+	+/-	-	--
57...	<input type="radio"/>				
58...	<input type="radio"/>				
59...	<input type="radio"/>				
60...	<input type="radio"/>				
61...	<input type="radio"/>				
62...	<input type="radio"/>				
63...	<input type="radio"/>				

Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S. A. - Adaptación
 con permiso de A.C.E.R., Victoria (Australia) - Copyright
 © 1978 - Prohíbe la reproducción total o parcial - Edita
 TEA Ediciones, S. A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24.
 Madrid 18 - Impresor: Aguirre Campana, Dizeguri, 18 Dpto.
 Madrid - Depósito legal: M. - 5513-1982



Anexo III

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
Criterios Diagnósticos del Episodio Depresivo Mayor, Eje I,
de los Trastornos Afectivos.

- A. Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales.
- B. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han estado presentes casi diariamente, durante dos semanas como mínimo:
 - 1. Poco apetito o pérdida significativa de peso o aumento del apetito con ganancia significativa de peso.
 - 2. Insomnio o hipersomnia.
 - 3. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
 - 4. Pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución de la motivación sexual, fuera de los períodos delirantes o alucinatorios.
 - 5. Pérdida de energía o fatiga.
 - 6. Sentimientos de inutilidad, autorreproche o culpa excesiva o inapropiada.
 - 7. Quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración o del pensamiento.
 - 8. Pensamientos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio.

C. Cuando no está presente el síndrome afectivo ninguno de los siguientes síntomas dominan el cuadro:

1. Preocupación por ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo.
2. Conducta extraña.

D. No hay sobreañadida una esquizofrenia, ni un trastorno esquizofreniforme, ni un trastorno paranoide.

E. Todo ello, no es debido a ningún otro trastorno mental ni al duelo no complicado (pp.223-225).

Sintomatología asociada según la edad:

Los niños en edad prepuberal pueden presentar angustia de separación que provoca un apego a los padres: el niño rehuye ir a la escuela y tiene miedo a morir o a que mueran los padres. Una historia previa de angustia de separación puede dar lugar a síntomas de ansiedad más intensos al inicio de un episodio depresivo mayor.

EXAMEN MENTAL

Nombre: _____ Edad: _____ Aparenta: Si No

Sexo: _____ Grado Escolar: _____ Fecha: _____

Situación Familiar: _____

Investigar cambios recientes: _____

Actividades de placer o diversión: _____

Aliño personal: _____

Motivo de la entrevista (idea y explicación del niño): _____

Actitud: _____

Estado de ánimo: _____

Area Cognoscitiva:

1. Atención: _____
2. Sensopercepción: _____
3. Memoria: _____
4. Orientación (espacio-temporal): _____
5. Imaginación (fantasías, alucinaciones, pesadillas o terrores nocturnos, ritos o miedos). _____
6. Pensamiento (forma, curso y contenido): _____
7. Inteligencia (cálculo, abstracción, análisis, síntesis y comprensión): _____
8. Observación (expresión facial y vocabulario): _____
9. Comportamiento durante la entrevista: _____
10. Colaboración: _____
11. Conocimiento del esquema corporal: _____
12. Conocimiento de colores: _____

13. Lateralización:
14. Tres deseos:
15. Dibujar y expresar su dibujo:
16. Lenguaje (desarrollo, vocabulario y trastornos):
17. Autoimagen o autoconcepto:
18. ¿Qué es un niño triste?
19. ¿Qué es un niño contento?
20. ¿Tú que eres?:
21. Cómo te sientes generalmente (estado de ánimo):
22. ¿Hay baja de interés en actividades que antes te gustaran?:
23. Apetito (hiporexia, hiperfagia, otros):
24. Cambios en el peso:
25. Trastornos del sueño (insomnio, hipersomnia, otros):
26. Área psicomotora (agitación, enlentecimiento):
27. ¿Cómo te sientes de energía al despertar y durante el día?:
28. Sentimientos de culpa:
29. Dificultad para concentrarse:
30. Ideas de muerte:
31. Ideas de suicidio:
32. ¿Lloras fácilmente?:
33. ¿Te sientes solo?:
34. Quejas somáticas (cefaleas, dolor abdominal, etc.):
35. Ansiedad:
36. Fobias:
37. Comentarios:

DX:

Tiempo de evolución de SX: