

112396 ✓

~~11264~~

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MEDICA, PSIQUIATRÍA Y  
SALUD MENTAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
"ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA"

"VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA  
NIÑOS DE LANG Y TISHER, EN ADOLESCENTES MEXICANOS"

PRESENTE

DRA. MARÍA OFELIA ROLDÁN CEBALLOS

*D. Aguil*

Vo. Bo.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

*Alejandro Díaz*



TUTOR TEÓRICO

*[Signature]*

DR. JESÚS DEL BOSQUE  
Director del Hospital Psiquiátrico  
Infantil "Juan N Navarro"

TUTOR METODOLÓGICO

*[Signature]*

DR. JESÚS GUTIÉRREZ AGUILAR  
Jefe del departamento de Electroen-  
cefalografía del Hospital Psiquiátrico  
"Fray Bernardino Alvarez"

2002

m. 313195



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

TÍTULO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AUTORA: \_\_\_\_\_

MA: \_\_\_\_\_

## INTRODUCCIÓN

## ANTECEDENTES

El término “depresión” no posee el mismo sentido para el niño que para el adulto. La depresión infantil no tiene el mismo contenido y representa una experiencia diferente según la edad. Considerada por unos como una fase normal de la evolución y por otros un fenómeno patológico.

En los años treinta es cuando se hace un análisis detallado de la depresión en la infancia, con sus componentes clínicos y entendida como un cuadro sindromático. (1)

A principio de la década de los sesentas J.Anthony habla del fenómeno, definiendo a la depresión con base en un cortejo de síntomas entre los que encontraban quejas somáticas, pérdida del apetito, diferentes grados de deficiencia en el ajuste social y escolar, desobediencia y manifestaciones de hostilidad hacia los padres. En 1967 el Grupo para el Avance de la Psiquiatría (GAP) establece las diferencias entre el cuadro clínico del adulto y del niño.

J.M. Toolan mencionaba que los niños no presentan los síntomas de las reacciones depresivas de los adultos; En aquellos se encuentran problemas de conducta y de delincuencia, reacciones psiconeuróticas, tales como las fobias escolares, dificultades en el aprendizaje, holgazanería, autodestrucción, alteraciones digestivas y en el sueño, dolores de cabeza de tipo migraña y deficiencias o retrasos motores.

J. Stack (1971) confirma las observaciones de E. Frommer( 1967) de que la depresión en la infancia es un mal común que se manifiesta frecuentemente con una sintomatología somática. Se debe sospechar la existencia de depresión en los niños que se quejan de malestares abdominales recurrentes no específicos, dolores de cabeza,

problemas de sueño o temores irracionales, o presentan alteraciones del humor, tales como la irritabilidad, llantos incomprensibles .(2)

En términos generales entre más corta es la edad, las manifestaciones clínicas tienen una tendencia hacia los trastornos corporales y conductuales como son la falta del tono muscular, escasa motilidad y trastornos de la alimentación, pasando en la etapa escolar, por los síntomas psicósomáticos (dolor abdominal, cefalea, etc.) con manifestaciones conductuales más complejas como la inhibición, pareciéndose más el cuadro clínico a la depresión de los adultos, cuando nos acercamos a la adolescencia. (3)

J.Sandler y W.G. Joffe describieron una constelación de rasgos ( Índice de Hampstead) que descubiertos en cualquier edad, permiten determinar el síndrome o el tipo de reacción depresiva:

1. Niños que parecen tristes, desgraciados o deprimidos, sin que por ello sea necesario que se quejen de ser desgraciados en ese momento preciso, ni siquiera que sean conscientes.

2. Niños que muestran cierto retraimiento, poco interés por las cosas, en forma momentánea o duradera da la impresión de que se aburren.

3. Niños descritos como descontentos, raramente satisfechos y con escasa capacidad para el placer.

4. Niños que dan la impresión de sentirse rechazados o no amados y pronto abandonan los objetos que los decepcionan.

5. Niños no dispuestos a aceptar ayuda o consuelo. Incluso cuando lo piden, parecen aceptarlo manifestando decepción y descontento.

6. Existe tendencia general a regresar a una pasividad oral, fenómeno que se observa en los niños que habían realizado tentativas reales de adaptarse al medio.

7. Insomnio y otros trastornos del sueño.

8. Actividades autoeróticas y otras actividades repetitivas.

9. Finalmente, los terapeutas informaban de la dificultad para mantener el contacto con el niño en esa época.(4)

Según N. Nissen, cuando clasifican los síntomas según su frecuencia, los que más se observan son las dificultades de contacto, la angustia, la inhibición, la incertidumbre, la agresividad, la enuresis, el insomnio, el mutismo y la onicofagia. Este mismo autor coincide en que la sintomatología prevalente depende de la edad y del sexo. La distribución por sexo demuestra que las niñas depresivas, son en general tranquilas e inhibidas, con tendencia a las fluctuaciones del humor y a la rumiación, “son buenas y se portan bien”, mientras que los niños se caracterizan por la dificultad de establecer contacto, por la tendencia al aislamiento, que combinado con inhibiciones de aprendizaje y de irritabilidad, pueden conducir a dificultades escolares y a la agresividad. (5)

La vivencia depresiva en el niño suele estar, efectivamente enmascarada por diversos trastornos del comportamiento que dan una impresión engañosa y explican en parte su desconocimiento, bastante habitual, por parte del entorno familiar como escolar.

En el adolescente el efecto depresivo se encuentra o se infiere tan habitualmente, que suele ser considerado como si fuera normal a esta edad. Formaría parte de las fluctuaciones psicológicas y psicopatológicas que acompañan inevitablemente a la “crisis de la adolescencia”.(6)

Se considera, clásicamente, que la adolescencia acarrea una dimensión de duelo ligada a un doble movimiento, efectuado por el adolescente, de autonomización y desidealización de los padres, tal y como se presenta en la realidad externa y de renuncia a los vínculos infantiles con las imágenes interiorizadas de estos padres. El fin de los procesos de identificación con el padre del mismo sexo, con su dimensión de destrucción fantasmática, y la renuncia al padre del sexo opuesto implican en sí mismos una vivencia depresiva, moderada, sin embargo, por la constitución de un superyo maduro, cuya presencia interiorizada aporta la seguridad y la posibilidad de regular la estima de sí mismo, tareas previamente atribuidas a los padres.(7)

Anna Freud compara las reacciones de los adolescentes con aquellas consecutivas a una decepción sentimental o a un duelo. Estos estados, como la adolescencia, son origen de un sufrimiento mental que provoca la pérdida del antiguo objeto de amor y la necesidad de desinvertirlo. Esta tarea absorbe al adolescente, conlleva un repliegue narcisista y, según Anna Freud, le deja poco disponible para una relación terapéutica. Es un hecho que la alternancia de estos movimientos de contactos intensos funcionales y pasionales, “tormentosos” y de repliegue malhumorado, oposicionista o incluso negativista, con una tonalidad más o menos sensitiva, cuando no perseguidora, es característica de la adolescencia. Se encuentra en ella en forma reducida, la dinámica maniaco depresiva, con su movimiento de balanceo entre reencuentros y pérdidas de objeto. (8) Es igualmente cierto que el adolescente debe renunciar al estatus tranquilizador de niño y hacer lo que Ladame (1981) llama “duelo de la madre refugio” y, más profundamente, el “duelo del investimento de ciertas imágenes de sí mismo y de los objetos”. El resultado es un estado de sufrimiento psíquico, de angustia y depresión que, aun cuando es intenso, sólo rara vez es reconocido como tal y se expresa más bien por la acción, el repliegue o la queja somática. Al adolescente le resulta difícil sentirse masivamente implicado en los trastornos emocionales que le agitan, y a la vez, ser capaz de pensarlos. Sin embargo, se produce la mirada sobre sí mismo, tal y como lo demuestra la abundancia de diarios íntimos y de poemas, así como el reconocimiento “a posteriori”, una vez adulto, de su sufrimiento de adolescente, pero esto no puede ser ni reconocido ni expresado ante un

padre del que hay que distanciarse ni ante sus representantes en el mundo de los adultos.  
(9)

“No hay adolescencia normal, sin momentos depresivos”, ligados a sentimientos de pérdida, sin que por tanto se trate de “enfermedad depresiva”.

El duelo implica, tras un tiempo de repliegue, un trabajo de aceptación de la pérdida del objeto antes investido, trabajo que deja disponibles los investimentos para nuevas vinculaciones. Pero no es seguro que el adolescente renuncie a nada, ni que sea capaz de hacerlo. Para renunciar, es preciso disponer de puntos de apoyo y de objetos de investimento suficientemente establecidos. El adolescente no dispone todavía de estos recursos. En la mayoría de los casos, no ha asegurado ni sus investimentos profesionales ni los medios para regular en forma verdaderamente autónoma la estima de sí mismo y sus propias fuentes de placer, mientras que sus actividades sublimatorias son aún conflictivas y débiles. Por otra parte un duelo real a esta edad es muy difícil de elaborar y obstaculiza el proceso de desarrollo del proceso de maduración del adolescente. Es habitual subrayar la ardiente fidelidad del adolescente a sus amigos infantiles, cuyo investimento inconsciente mantiene intacto o contrainvestido en un movimiento regresivo de evitación de la pérdida ligada al conflicto edípico. Estas imágenes le sirven de referencias idealizadas respecto a las cuales juzga y desvaloriza (pues todavía no renuncia a ellos) los padres de su actual realidad externa. Este movimiento regresivo hacia los amigos infantiles se ve acentuado por la habitual superposición o confusión, entre superyo e ideal del yo en la adolescencia, cuyas figuras confundidas eran hasta ahora soportadas, por lo esencial, por los padres en su realidad externa. La resexualización del superyo edípico, con ocasión del empuje puberal, contribuye a conflictualizar las relaciones con los padres. Estos últimos pierden su función de soporte del ideal del yo del adolescente que se recupera a través del investimento regresivo de los amigos ambiguos infantiles. R Baker ( 1978) subraya que, contrariamente a la idealización del objeto, perdido durante el duelo, estos adolescentes desvalorizan a sus padres, antes idealizados y, si se ven obligados a llevar a cabo algunas renuncias, éstas no son debidas a acontecimientos exteriores sino a sus conflictos internos.(10)

Los movimientos depresivos del adolescente o sus equivalentes actuados o somatizados aparecen así como el resultado de un rechazo de una realidad decepcionante y un repliegue sobre posiciones fantasmáticas infantiles, relacionados justamente con el mantenimiento del investimento de vínculos con estos amigos



arcaicos, más que con una renuncia y un abandono de estos vínculos. Más que a una vivencia de pérdida, la reacción depresiva estaría ligada a una desilusión que, al ser masiva y brutal, puede provocar una amenaza de pérdida que afecta a la vez a la integridad narcisista y a los vínculos objetales. Es esta amenaza de pérdida lo que el adolescente trata de conjurar mediante su respuesta. Más que de una verdadera depresión, se trata de una defensa contra la depresión por un rechazo agresivo de la realidad hiriente y por el recurso defensivo a fantasías arcaicas de control omnipotente del objeto. (11) El adolescente mantiene de esta forma sus investimentos objetales infantiles, así como los investimentos narcisistas y la representación de sí mismo que están, ligadas a aquéllos. Cuando más arcaicas, indiferenciadas, amenazantes, destructora e invasivas sean estas imágenes, más vulnerable es la representación de sí mismo y más necesita un soporte externo para mantenerse, así como de los mecanismos arcaicos del control omnipotente.(12)

Una tal perspectiva ofrece una mejor comprensión de la realidad clínica de la depresión "normal" del adolescente, tan escasamente depresiva en su expresión pero tan próxima a la al repliegue defensivo en el que, tras el rechazo malhumorado del objeto, se adivina, más o menos fácilmente, la ávida espera de su presencia.

Hablar de depresión en la adolescencia equivale a subrayar la dimensión de llamada y espera del objeto y, en consecuencia, la potencialidad terapéutica de éste. El objeto es aquí, esencialmente, el objeto de la realidad externa, que en la adolescencia tiene todavía la función, necesaria, de sostener los investimentos y proteger contra las excitaciones, por su papel organizador. Aproximarse a la psicopatología equivale a describir los fracasos de esta relación con el objeto y las medidas defensivas que ha suscitado. (13)

### **ETIOPATOGENIA**

La mayoría de los autores se han detenido en la observación de factores medioambientales. Se considera que las reacciones depresivas a las circunstancias ambientales generan síntomas cuando los eventos penosos son vistos por el niño como muy amenazantes. En el niño pequeño, la seguridad de que todo estará bien, viene de los padres. Así las situaciones potencialmente peligrosas no causarán depresión en el niño, si los padres continúan protegiéndolo, y si el niño mantiene la fe en la omnipotencia de éstos. (14)

Las exigencias y obligaciones prematuras pueden llevar a un niño a deprimirse. La falla de un cuidado empático que reconozca las legítimas necesidades de los niños genera estados de ánimo bajos y con tendencia hacia la tristeza.(15)

Algunos factores coadyuvantes o precipitantes de depresión podrían ser: dificultades económicas, la falta de hogar propio o de espacio vital suficiente, la carga de un número excesivo de hijos, la ilegitimidad de las relaciones del padre, la falta de cariño al marido que se extiende al hijo de éste. (16)

Se ha hablado entre otras causas la de agregación familiar en donde mencionan que los hijos de padres deprimidos tienen una probabilidad tres veces mayor de tener episodios de Trastorno depresivo Mayor (TDM) a lo largo de la vida (riesgo estimado de 15 a 45 %). Este se incrementa si ambos padres tienen un trastorno afectivo, además de tener un mayor riesgo de psicopatología general, incluyendo trastornos de ansiedad y conducta. La prevalencia de depresión a lo largo de la vida en familiares de primer grado de niños y adolescentes deprimidos han sido estimados en 20 a 46 %. Sin embargo hay una relación inversa entre la edad de inicio y la densidad de agregación familiar de la depresión. (17)

Los eventos estresantes también han mostrado estar relacionados, estudios en adultos han mostrado que 60-70% de pacientes deprimidos experimentaron uno o más eventos vitales estresantes “graves” (particularmente pérdidas) en el año anterior al inicio del trastorno depresivo mayor. Estudios transversales con poblaciones clínicas y comunitarias de niños y adolescentes deprimidos encontraron una significativa relación entre eventos estresantes de la vida y depresión, específicamente: pérdida, divorcio, duelo, exposición a suicidio solos o junto con falta de apoyo.(18) La exposición al suicidio es un evento grave que ha sido asociado a un incremento triple de trastorno depresivo mayor agudo y recurrente en los familiares de las víctimas del mismo.(19)

Hay estudios que sugieren que ciertos factores, tales como el ejemplo de otros significantes, los estándares perfeccionistas, la crítica, el rechazo y la experiencia de eventos vitales estresantes incontrolables pueden jugar un papel importante en la adquisición de estilos cognitivos negativos.(20) Los niños y adolescentes deprimidos tienen con mayor frecuencia distorsiones cognitivas intensas, atribuciones negativas, desesperanza, atribución de consecuencia a causas externas incontrolables, déficit en las habilidades sociales y baja autoestima cuando se les compara con sujeto control con otro trastorno psiquiátrico y sanos. Investigaciones longitudinales han mostrado que



después de la remisión, los niños deprimidos tienen autoestima más baja, lo que en parte predice episodios depresivos futuros.(21)

Se han observado anomalías biológicas en los niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor entre los que se incluyen: disminución de la secreción de hormona del crecimiento, después de haber usado diversas sustancias farmacológicas (insulina, clonidina, L-dopa, desmetilimipramina, etc), una posible desregulación de la función serotoninérgica central, aumento de la secreción de prolactina en las niñas prepúberes y alteraciones en la respuesta a la prueba de supresión con dexametasona.(22)

### **EPIDEMIOLOGÍA**

Estudios en niños y adolescentes han reportado tasas de prevalencia de depresión entre 0.4% a 2.5% y 0.4 a 8.3% respectivamente. La prevalencia de Trastorno Depresivo Mayor en adolescentes varía de 15 a 20 % y de Trastorno Distímico en un 1.6 % a 8.0% y en niños de 0.6 a 1.7 %, mostrando para el trastorno depresivo mayor una proporción similar entre ambos sexos a diferencia de los adolescentes cuya proporción mujer hombre es de 2:1. ( 23 )

### **DIAGNÓSTICO**

El cuadro clínico del Trastorno depresivo Mayor (TDM) de inicio temprano es similar a la fenomenología del adulto, con algunas diferencias de desarrollo.(24) Los síntomas de endogenicidad / melancolía, psicosis, intentos suicidas, letalidad de los intentos y deterioro en el funcionamiento se incrementan con la edad, en contraste con los síntomas de ansiedad de separación, fobias, quejas somáticas y problemas de conducta que ocurren con más frecuencia en niños. La depresión psicótica en niños se manifiesta con alucinaciones auditivas y los delirios se observan en adolescentes y adultos primordialmente.(25) El patrón estacional, la depresión atípica y el trastorno disfórico premenstrual emergen en la adolescencia. Excepto el requisito de un año de duración en lugar de dos años y del ánimo irritable en lugar de tristeza.(26)

Con el tiempo ha quedado claro que efectivamente existen trastornos depresivos en niños. Es importante aclarar que en el DSM IV no se incluyen estos trastornos entre los que se inician en la infancia, sino entre los trastornos del estado ánimo. Lo que originado que no se piense en esta entidad como propia de la etapa infantil.

**Los criterios para el episodio depresivo mayor que maneja el DSM IV son:**

**A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representa un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto( p.el., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros( llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso(un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) Insomnio o hiperinsomnia casi cada día

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día(observable por los demás no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, casi cada día

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día.

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo el temor de la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

**B** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

**C** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento) o una enfermedad médica( hipotiroidismo).

**E** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.(28)

### **Trastorno depresivo mayor.**

La característica esencial es un curso clínico con uno o más episodios depresivos mayores. Es dos veces más frecuente en mujeres que en varones en adolescentes, en la edad prepuberal están afectados por igual.

#### **Los criterios DSM IV:**

**A.** Presencia de un único episodio depresivo mayor.

**B.** El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado.

**C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco

Codificar el estado del episodio actual:

Leve

Moderado

Grave sin síntomas psicóticos.

Grave con síntomas psicóticos

En remisión parcial/ en remisión total.

No especificado.(28)

#### **Según el CIE 10**

El CIE 10 los clasifica en leve, moderado y grave.

Manifestaciones :

La disminución de la atención y concentración.

La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.

Las ideas de culpa y de ser inútil.

Una perspectiva sombría del futuro.

Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.

Los trastornos del sueño.

La pérdida del apetito.

Episodio depresivo leve:

El ánimo depresivo, la pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer diagnóstico definitivo, y dos del resto de los ya mencionados. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Pueden llegar a tener alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Y puede acompañares:

- A. Sin síntomas somáticos
- B. Con síntomas somáticos.

### **Episodio depresivo Moderado**

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio depresivo leve, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Suele tener grandes dificultades para continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica. Igualmente se puede o no acompañar de síntomas somáticos.(29)

### **Episodio depresivo Grave sin síntomas psicóticos**

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben de ser de intensidad grave.

Por lo general no puede continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Episodio depresivo Grave con síntomas psicóticos

Se debe cubrir los mismos criterios que el anterior pero además están presentes ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. (29)

### **Trastorno Distímico**

#### **Criterios DSM IV:**

**A** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración deber ser de al menos 1 año.

**B** Presencia, mientras esta deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Pérdida o aumento del apetito.
- (2) Insomnio o hipersomnia.

(3)Falta de energía o fatiga.

(4)Baja autoestima.

(5)Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.

(6)Sentimientos de desesperanza.

**C** Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

**D** No ha habido ningún episodio depresivo mayor, durante los primeros dos años (1 año para niños y adolescentes).

**E** Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

**F** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como la esquizofrenia o el trastorno delirante.

**G** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia(p.ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo).

**H** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar:

Inicio temprano antes de los 21 años

Inicio tardío posterior de los 21 años.(28)

### **CIE Distimia**

Se denomina así a una depresión crónica del estado de ánimo que no corresponde con la descripción o las pautas para el trastorno depresivo recurrente. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en las que se refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo(meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditados y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia, por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (adolescencia) o tardío.(29)

### **COMORBILIDAD**

Investigaciones clínicas y epidemiológicas muestran que un 40 a 70% de niños y adolescentes deprimidos, presentan un trastornos comórbidos, y al menos 20-50 % con

dos o más diagnósticos comórbidos, principalmente distimia y trastornos de ansiedad (30 a 80 %), trastornos de conducta (10 a 80%), abuso de sustancias (20 a 30 %). Se han reportado más del 60 % de los adolescentes deprimidos cursan con un trastorno de personalidad principalmente límite (30 %). El 70 % de los pacientes con Trastorno Distímico de inicio temprano tienen un Trastorno depresivo mayor agregado y el 50 % otros trastornos psiquiátricos preexistentes incluyendo trastornos de ansiedad (40%), Trastorno de conducta (30%), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (24%) y enuresis y encopresis (15%). (27)

Existen pocas escalas que se han utilizado para evaluar depresión, entre estas se encuentra la Escala de Depresión para niños CDS (por sus siglas en inglés Childrens Depression Scale).

La considerable confusión en la literatura sobre el concepto y la presencia de la depresión en la infancia, viene a señalar la necesidad de un método sistemático estructurado y replicable para medir dicha entidad, lo cual ha sido señalado por el subcomité de Evaluación dirigido por Kovacs. La misma Kovacs y A.T. Leck han intentado ampliar la aplicación de BDI (Beck Depression Inventory diseñado para adultos) a muestras de niños y realizado un estudio piloto. Con esta excepción, en el momento de diseñar el CDS no se conocían ningún otro intento de medida escalar para investigar la depresión en la infancia, o por lo menos no se había publicado ningún test en esta línea.

La Escala de Depresión para niños (CDS) difiere del trabajo de Kovacs- Beck en que no ha sido elaborada a partir de un test para adultos, se ha diseñado específicamente para los niños. Y ha tenido en cuenta lo recientemente señalado por los mismos Kovacs – Beck y por A. Newells (1977) el hecho de que tiene mucha importancia las observaciones de las personas que rodean y conocen al niño, tales como los padres y los profesores, aunque el CDS esta destinado a los niños, la misma escala, con ligeras modificaciones de formato, puede ser contestada por un familiar, profesor u otro significativo que responda según su conocimiento del niño. (30)

Las diferentes características aludidas en los trabajos sobre la sintomatología de la depresión en la infancia podrían resumirse en:

Respuesta afectiva: sentimientos de tristeza, desgracia y llantos.

Autoconcepto negativo: sentimientos de inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño.



Disminución de la productividad mental y de los impulsos: aburrimiento, alejamiento, falta de energía, descontento poca capacidad para el placer y para aceptar la ayuda o el confort, así como retraso motor.

Problemas psicossomáticos: dolores de cabeza y abdominales e insomnio u otras perturbaciones del sueño.

Preocupaciones: por la muerte, la enfermedad, él yo o los otros, así como pensamientos suicidas y sentimientos de pérdida.

Problemas de agresión: irritabilidad y explosiones del mal humor.

Estas características se tomaron como conceptos operativos para definir la entidad que intenta evaluar el CDS y se elaboraron elementos pertinentes a todos ellos, en su construcción se tuvieron en cuenta los contenidos de los informes psiquiátricos, las historias escogidas en el TAT y las hojas de respuestas de tests de frases incompletas de niños con depresión, así como las descripciones de las experiencias y fenómenos depresivos presentadas en la literatura.

El resultado final fue una escala con 66 elementos, entre los que hay 18 positivos y 48 depresivos. Los elementos positivos están entremezclados con los depresivos, para reducir una tendencia halo en las respuestas y para medir la "incapacidad para experimentar placer o diversión" como un componente de la depresión, también se procuró que presentaran una variación tal que, al ser contestados por el niño, no le afectaran de un modo depresivo.

Con ayuda de criterios teóricos y lógicos, los 66 elementos se agruparon en subescalas, intentando que cubrieran muchas de las características de la depresión en los niños y en realidad estas subescalas son similares a los conceptos incluidos en la definición dada en los párrafos anteriores, también se procuró que las escalas tuvieran igual número de elementos.(30)

La Escala de Depresión para niños (CDS) cuyos autores son M. Lang y M. Tisher, es aplicable a niños entre 8 a 16 años y su administración puede ser individual o colectiva. Su finalidad esta en todos los casos que se sospeche la depresión. Hay muchas características que han mostrado relación consistente con la depresión en la infancia: el niño parece o esta visto como triste, desgraciado, lloroso, aburrido o aislado, apático, con dificultades sociales, con problemas psicossomáticos (dolores de cabeza, quejas abdominales, dificultades en el sueño, etc. (27)

El CDS contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes independientes: Total Depresivo y Total Positivo (TD y TP).

Dentro de cada una de estas dos dimensiones, se agruparon sus elementos por el contenido de los mismos en varias subescalas, que podría describirse brevemente de la siguiente manera:

Total Depresivo, con seis subescalas:

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

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

AE Autoestima (ocho 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 (siete elementos), alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

SC Sentimientos de culpabilidad (ocho elementos) se refiere a la autopunición del niño.

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

TOTAL POSITIVOS con dos subescalas:

AA Animo-alegría (ocho 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 (diez elementos, puntuados en el polo opuesto), incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.(30)

## **JUSTIFICACIÓN**

Dado que la depresión es un trastorno que hoy en día afecta cada vez a mayor parte de la niñez, y debido a que en la actualidad todavía existe confusión sobre el concepto y presencia de depresión en la infancia, es importante contar con instrumentos que nos ayuden a identificar mucha de la sintomatología involucrada en esta problemática.

## **MATERIAL Y METODO**

Participaron en el estudio 100 niños, de los cuales 63 fueron mujeres y 37 hombres, con edades comprendidas entre los 12 y 14 años con una media de  $13.12 \pm 0.74$ . Con nivel escolar de secundaria distribuido de la siguiente manera: 19 niños cursando el 1º año de secundaria, 46 el 2º año y 35 el 3º año de secundaria.

El cuestionario se aplicó en una escuela secundaria, en forma colectiva, en una sola ocasión, se les entregó a cada niño una hoja de respuestas. Y el psiquiatra fue quien dio lectura a todas y cada una de las preguntas.

Antes de iniciar con el cuestionario se les comentó brevemente de cual era el motivo, se les proporcionó a cada uno las hojas de respuestas y se procedió a dar las indicaciones precisas de cómo contestar, invitándolos a que contestarán de acuerdo a lo que ellos sienten y piensan, y si están de acuerdo o no sobre lo que se dice en esas frases, haciendo énfasis que únicamente el psiquiatra verá las contestaciones.

Posterior a que se les indicó que llenaran datos generales, se dio un ejemplo de cómo llenar la hoja de respuestas y se dio lectura a cada pregunta dejando aproximadamente un minuto para que contestaran cada pregunta.

Existieron dudas antes de comenzar las cuales se aclararon sobre el mismo ejemplo y se les indicó que en caso necesario se daría doble lectura a algunas preguntas, lo cual si se realizó durante la aplicación.

En términos generales no existieron problemas en la aplicación del cuestionario, todos los niños contestaron todas las preguntas.

El análisis estadístico incluyó: cálculo de la estadística descriptiva, por escala y por sexo, "t" de Student para comparaciones independientes entre sexos y cálculo de las correlaciones entre las subescalas del cuestionario.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- A) Niños con escolaridad comprendida entre primer y tercer año de secundaria.
- B) Niños (hombres o mujeres) con edad comprendida entre 8 y 16 años de edad.
- C) Que aceptaran voluntariamente contestar la escala.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- A) Niños que se negaran a contestar la escala.

## ESCALA DE ESTUDIO

El cuestionario de depresión en niños (CDS)

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. Posteriormente se procede a obtener dos dimensiones superiores, sumando el total de cada cuestionario en cada subescala. Total positivo y Total Depresivo (subescalas RA, PS, AE, PM, SC, DV).

## RESULTADOS

El cuestionario de depresión para niños consta de 8 subescalas, las cuales se agrupan en dos grandes escalas Total positivo: que incluye las subescala de ánimo alegría y positivos varios y la de Total depresivo incluye las seis restantes: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte/salud, sentimientos de culpabilidad y depresión varios (tabla 1).

Tabla 1. Subescalas que conforman el Cuestionario de Depresión en niños.

SUBESCALAS	REACTIVOS
<b>TP (TOTAL POSITIVOS):</b>	
AA (ANIMO ALEGRIA)	8
PV (POSITIVOS VARIOS)	10
<b>TD(TOTAL DEPRESIVOS):</b>	
RA (RESPUESTAS AFECTIVAS)	8
PS (PROBLEMAS SOCIALES)	8
AE (AUTOESTIMA)	8
PM(PREOCUPACION POR LA MUERTE/SALUD)	7
SC(SENTIMIENTOS CULPABILIDAD)	8
DV(DEPRESION VARIOS)	9

La distribución por sexo y grado escolar se muestran en las tablas 2 y 3.

Tabla 2. Distribución por sexo

SEXO	NUM
FEM	63
MAS	37
TOTAL	100

Tabla 3. Distribución por grado escolar

GRADO ESCOLAR	PORCENTAJE
1o.SECUNDARIA	19%
2o.SECUNDARIA	46%
3o.SECUNDARIA	35%
TOTAL	100%



El cálculo de la estadística descriptiva de las subescalas, por sexo y para la muestra total, se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Estadística descriptiva por subescala y sexo.

SUBESCALAS	TOTAL	FEMENINO	MASCULINO	SIG.
TP	23.17 +/- 1.54	22.93 +/- 1.26	23.56 +/- 1.87	p= 0.048
TAA	11.43 +/- 1.14	11.23 +/- 1.04	11.75 +/- 1.25	p=0.028
TPV	11.74 +/- 0.82	11.69 +/- 0.75	11.81 +/- 0.93	ns
TD	65.14 +/- 3.48	64.74 +/- 3.77	65.81 +/- 2.85	ns
TRA	8.94 +/- 0.60	8.92 +/- 0.62	8.97 +/- 0.55	ns
TPS	9.28 +/- 0.91	9.30 +/- 0.81	9.24 +/- 1.06	ns
TAE	8.92 +/- 0.93	8.77 +/- 0.83	9.16 +/- 1.06	p=0.048
TPM	10.80 +/- 0.81	10.68 +/- 0.77	11.00 +/- 0.84	ns
TSC	10.44 +/- 1.02	10.28 +/- 1.00	10.70 +/- 1.02	p=0.050
TDV	16.76 +/- 2.34	16.77 +/- 2.66	16.72 +/- 1.72	Ns

Se observa que los hombres contestaron con valores mayores en las subescalas de autoestima (AE), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Así mismo puntuaron más alto en la de total positivo siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Sin embargo, ambos sexos tuvieron, en general valores similares para el resto de las subescalas.

Las correlaciones para las subescalas y sus totales se observan en la tabla 5.

Tabla 5. Correlaciones de Pearson entre las subescalas del cuestionario y sus totales

SUBES CALAS	TP	TAA	TPV	TD	TRA	TPS	TAE	TPM	TSC
<b>TAA</b>	0.853 (**)	-----							
<b>TPV</b>	0.686 (**)	0.205 (*)	-----						
<b>TD</b>	0.262 (**)	0.391 (**)	-0.054	----					
<b>TRA</b>	0.327 (**)	0.434 (**)	0.009	0.550 (**)	-----				
<b>TPS</b>	0.009	0.183	-0.238 (*)	0.548 (**)	0.123	-----			
<b>TAE</b>	0.490 (**)	0.416 (**)	0.338 (**)	0.253(*)	-0.009	0.227 (*)	-----		
<b>TPM</b>	0.099	0.103	0.042	0.212 (*)	-0.107	0.022	0.203 (*)	-----	
<b>TSC</b>	0.226 (*)	0.369 (**)	-0.09	0.448 (**)	0.322 (**)	0.148	0.089	-0.099	----
<b>TDV</b>	-0.028	0.035	-0.1	0.759 (**)	0.413 (**)	0.230 (*)	-0.219 (*)	-0.052	0.086

## DISCUSIÓN

La validación del constructo de la escala aquí utilizada, se hizo de acuerdo a la metodología propia de estos procesos, donde se incluyen una serie de prueba estadísticas, de consistencia, correlación, comparaciones de grupos de pacientes versus población general. Su país de origen es Australia, y fue adaptado previamente al español.

El cuestionario de depresión en niños (CDS, por sus siglas en inglés), se presenta como una adecuada opción para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes, población en la cual es difícil la detección de la depresión, principalmente por la tendencia a mostrar síntomas distintos a los observados en los adultos. Además de que fue diseñado específicamente para este grupo de edad. En esta aplicación, la experiencia mostró que el cuestionario es comprendido adecuadamente por los adolescentes que participaron en el presente estudio, en general fueron pocas las dudas que se presentaron.

En cuanto a la diferencia encontrada por sexo en las subescala de AE y TP en donde se observó que los hombres por un lado obtienen mayores valores en autoestima hay que recordar, entre mayor sea el valor en las subescalas pertenecientes a el polo depresivo, nos habla de alejamiento o ausencia de síntomas depresivos. Sin embargo también nos da puntuaciones mas altas en el total positivo, y cuando se califican las subescalas del polo positivo es a la inversa de los depresivos. Entre mayor puntuación hablamos de presencia de síntomas depresivos.

Observando los resultados totales, nos percatamos que en general existieron mayor puntuación para la escala de total depresivo y menor para la de total positivo, esto nos habla de que en general no se observaron que los resultados fueran hacia tendencias depresivas.

También observamos que dentro de los aspectos depresivos, los elementos en donde más puntuaron los niños fueron los DV (depresivos varios), SC (sentimientos de culpabilidad) y en el que menos puntuaron fue el de RA ( respuesta afectiva) Este esquema ha sido reportado en otros estudios como lógico en niños normales.

En la estadística de alfa de Chronbach, no se pudo realizar ya que fueron excluidas del análisis 33 variables, lo cual sucedió porque la varianza era igual a cero, esto es que toda la población contestó con la misma respuesta, esto tiene dos

implicaciones, una es que la consistencia interna es bastante elevada, o bien que las preguntas están predispuestas hacia un determinado tipo de respuesta, lo segundo podría eliminarse de acuerdo a la metodología que ya se ha seguido en la construcción y validación previas de la escala.

El comportamiento de la población fue similar para ambos sexos en el total depresivo, observándose una diferencia significativa, dentro de las subescalas de autoestima y sentimientos de culpa, y en la sección del total positivo, y dentro de este en la subescala de ánimo-alegría. Aunque se presentan diferencias significativas entre ambos sexos estas incluyen menos de 1 punto de diferencia, lo que aplicado en la práctica corresponde solamente al 25% de la varianza intrínseca de 1 ítem, en una escala de 66, no alcanza diferencias significativas aplicables en la clínica, solamente nos indica una tendencia, además porque como se mencionó previamente, las respuestas del grupo encuestado tienden a ser muy homogéneas, entonces pequeñas diferencias se pueden hacer significativas.

Aunque el alfa de Chronbach, medida de consistencia interna, no se pudo calcular, las correlaciones entre las subescalas y sus respectivos totales mostraron niveles significativos dentro de lo esperado, es decir una correlación importante entre cada subescala y el total al que pertenece, lo que nos señala que la escala es adecuadamente entendida, y que posee una buena consistencia interna.

En general consideramos que CDS es un instrumento confiable, de fácil aplicación, que por su misma estructura no dificulta la comprensión en el niño y que lo ayuda con sus diferentes elementos a que el niño exprese sus experiencias internas, probablemente con más libertad y que en la redacción puede encontrar que sus sentimientos y actitudes no son caso único.

Aunque los resultados de este estudio apoyan la utilización de esta escala en nuestra población de adolescentes, es importante mencionar que sería conveniente aplicar esta escala a una muestra mayor, más heterogénea, para poder establecer puntos de corte y también para hacer detección de casos y su oportuna comprobación, es decir, tomar los probables positivos y posteriormente evaluarlos clínicamente para establecer la sensibilidad y especificidad de la escala, lo que necesariamente deberá incluir, a una mayor población, que nos pueda dar mayor varianza, para evaluar las características de la escala en la población mexicana. Principalmente definir el perfil de los resultados de la escala y que nos permita definir grupos clínicos, para poder evaluar a cada sujeto de manera más confiables. El perfil de valles y crestas del grupo clínico y la cuantía de

esos alejamientos permite la detección de la gravedad o mejoría del examinado. Para eso hace falta además de la aplicación a una muestra más grande, la aplicación a grupos de trastornos específicos, para permitir diagnosticar un caso que se presenta por primera vez, y además sirve para evaluar la evolución durante las distintas fases del tratamiento para conocer las distintas derivaciones que vaya teniendo el problema, ya que no siempre los casos evolucionan hacia la normalidad.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-González E, Marquez ME, Del Bosque J. Trastorno depresivo en la infancia. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría.1998; 1:29-34.
- 2.-González E, Marquez ME, Del Bosque J. Trastorno de Ansiedad en la infancia. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría.1998; 1:35-39.
- 3.-Ainsworth MDS. The development of instant mother attachment. Vol.3, En:Caldemen BM, Rocciuhi H N, ed. Chicago: University of Chicago Press, 1993.
- 4.,Erickson E. Identity and the life circle. Psychological Issues, Monografía. Nueva York:International University Press, 1959.
- 5.-Kaplan Y, Sadock J, Grebb J, Psiquiatría Clínica y ciencias de la conducta. Editorial Médica. Hispanoamericana, 1994.
- 6.-Barrett ML, Berney TP, Bhate S et al.(1991), Diagnosing childhood depression: who should be interviewed parentor child. The Newcastle Child Depression Project. Br J Psychiatry 159 (suppl 11):22-27.
- 7.-Beardslee WR, Salt P, Porterfield K et al. ( 1993) , Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32; 254-263.
- 8.-Birmaher B Ryan ND, Williamson DE et al. ( 1996) Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I J Am Acad Child Adolesc psychiatry 35; 1427-1439.
- 9.-Brent DA , Birmaher B, Holder D, Johnson B, Kolko DJ (1995), A clinical psychoterapy trial for adolescent major depression. Presented at the 42and Annual



Meeting of the American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry, New Orleans.

10.-Brent DA, Poling K, McKain B, Baugher M (1993), A psychoeducational program for families of affectively ill children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32; 770-774.

11.-Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS (1980) Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 37; 1229-1236.

12.-Hodges K (1994) Evaluation of depression in children and adolescents using diagnostic clinical interviews. In: *Handbook of depression in Children and Adolescents*, Reynolds WW, Johnston HE, eds, New York Plenum, pp 183-208.

13.-Jaycox LH, Reivich KJ, Gillham J, Seligman MEP (1994), The prevention of depressive symptoms in school children. *Behav Res Ther* 32; 801-816.

14.-Kahn JS, Kehle TJ, Jenson WR, Clark E (1990) Comparison Of cognitive behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle school students. *Sch Psychol Rev* 19: 196-211.

15.-Kovacs M, Akiskal S, Gatsonis C, Parrone OL (1994) Childhood onset dysthymic disorder. *Arch Gen Psychiatry* ; 51: 365-374.

16.-Kovacs M, Gatsonis C, Paulauskas S, Richards C, Depressive disorder in childhood: IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 46: 776-782.

17.-Lewinsohn PM, Clarke G, Seeley JR, Rohde, Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (1996) 33: 809-818.

18.-Mghir R, Vicent J, Phototherapy of seasonal affective disorder in an adolescent female. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (1995) 30: 440-442.

- 19.-Poling K , Living with Depression : A Survival Manual for Families Pittsburgh: University of Pittsburgh, Western Psychiatric Institute and Clinic.
- 20.-Rao U, Ryan ND, Birmaher B et al. Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood . *Jam Acad Child Adolesc Psychiatry* ( 1995) 34: 566-578.
- 21.-Reynolds WM, Coates KI , A comparison of cognitive behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *J Consult Clin Psychol* ( 1995) 54: 653- 660.
- 22.-Weissman MM, Fendrich M, Warner V, Wickramaratne P, Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* ( 1992) 31: 640-648.
- 23.-Wood A, Harrington R, Moore A . Controlled trial of brief cognitive- behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *J Child Psychol Psychiatry* (1995) 32: 455-468.
- 24.-Malmquist C.P. Depression in childhood and adolescence. *N, Engl J Med.* 1971; 284: 887-93.
- 25.-Easson W . M. Depression in adolescent . In *Adolescent Psychiatry.* S C Feimstein , Giovacchini P, eds, 1977: 257-75.
- 26.-Feinstein S.C. Why they were afraid of Virginia Woolf: Perspective on juvenile manic depressive illness. *J Adolesc* 1990. 3: 187-96.
- 27.-Sandler J., Joffe W.G. Notes on childhood depression, *Internat J. Psychoanal* 1990: 46-88.
- 28.-American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup>. Edition ( D.S.M.IV) .* Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
- 29.-Décima revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades Mentales. Organización Mundial de la Salud ( 1992)
- 30.-Lang M, Tisher M. Cuestionario de depresión para niños. Manual 3<sup>a</sup>.edición.Publicaciones de Psicología aplicada. Madrid 1990.

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS

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 hacen 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 mi 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 preocupo si en el fondo soy una persona muy mala.
45. Estando en el colegio me siento cansado casi todo el tiempo.
46. Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco.
47. A veces sueño que tengo un accidente o me muero.
48. Pienso que no es nada malo enfadarse.
  
49. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo.
50. Algunas veces no sé 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. Utilizó 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 mi hay dos personas que me empujan en distintas direcciones.

## HOJA DE RESPUESTAS

EDAD:

SEXO:

GRADO ESCOLAR:

ESCUCHA CUIDADOSAMENTE Y COLOQUA UNA "X" EN LA RESPUESTA QUE CONSIDERES QUE CORRESPONDE A LO QUE PIENSAS , O SIENTES, SI ESTAS DE ACUERDO O NO SOBRE LO QUE SE DICE EN LAS FRASES.

Muy de acuerdo de acuerdo no estoy seguro en desacuerdo muy en desacuerdo  
++ + +/- - --

- |               |     |     |     |     |
|---------------|-----|-----|-----|-----|
| 1. ( )        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 2. ( )        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 3. ( )        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 4. ( )        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 5. ( )        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 6. ( )        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 7. ( )        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 8. ( ) ,<br>- | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 9. ( )        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 10. ( )       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 11. ( )       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 12. ( )       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 13. ( )       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 14. ( )       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 15. ( )       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |



16. ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) --  
-
17. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
18. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
19. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
20. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
21. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
22. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
23. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
24. ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) --  
-
25. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
26. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
27. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
28. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
29. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
30. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
31. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
32. ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) --  
-
33. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
34. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
35. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
36. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

37. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
38. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
39. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
40. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )  
-
41. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
42. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
43. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
44. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
45. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
46. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
47. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
48. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )  
-
49. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
50. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
51. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
52. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
53. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
54. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
55. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
56. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )  
-
57. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

-

--

--

58. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
59. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
60. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
61. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
62. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
63. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
64. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
65. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
66. ( ) ( ) ( ) ( ) ( )