

11241

19

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

“CORRELACIÓN DE DEPRESIÓN EN NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL, CON ASPECTOS CLÍNICOS Y COGNOSCITIVOS”

TESIS

Que para obtener el Título de Especialista en Psiquiatría
Presenta:

Dr. Jorge Alan García Ceja

Colaboradores.

Dra. Ana Luisa Martínez Ortiz
Jefe del Servicio de la Clínica de PAINAVAS

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL,
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Yo, Sr.
Alejandro Díaz Martínez
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

Asesor Teórico
Dr. Jesús del Bosque Garza

Asesor Metodológico
Dr. Francisco Franco Lopez Salazar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Febrero 2002, México, D.F.



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 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.

INDICE

	Página
1.-Resumen	1
2.-Introducción	2
3.-Marco teórico	2
4.-Justificación	14
5.-Objetivos:	14
6.-Hipótesis	15
7.-Material y Método	15
8.-Resultados	18
9.-Discusión	21
10.-Conclusión	23
11.-Bibliografía	24

Autoriz

UNAM

contenido

Nombre: Dr. Jorge Alan
García Ceja

FECHA: 28/ Noviembre/ 02

FIRMA: JORGE A. GARCIA C

RESUMEN

Ante un factor estresante, como el abuso sexual, los niños pueden desarrollar un Episodio Depresivo Mayor. Se ha reportado, por otros autores, que esta depresión puede estar correlacionada con antecedentes de otras psicopatologías, con puntuaciones obtenidas en escalas de depresión y que evalúan distorsiones cognoscitivas. Sin embargo esto no se ha demostrado en nuestro medio. Nosotros realizamos un escrutinio transversal comparativo para saber si la depresión tiene esas correlaciones, en niños atendidos en la clínica de PAINAVAS (Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual) del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la SSA en México, D.F. Se evaluaron 32 niños con las escalas: Escala de Placer, Cuestionario de Pensamientos Automáticos, Escala de Desesperanza de Kazdin y el Inventario de Depresión para Niños de Kovacs. La depresión actual se correlacionó significativamente con la depresión previa al igual que con el abuso sexual; la depresión previa se correlacionó significativamente con la desesperanza; la depresión relacionada con el abuso sexual se correlacionó significativamente con la desesperanza; la desesperanza a su vez se correlacionó significativamente con el pensamiento automático y estos se correlacionaron significativamente con la anhedonia. CONCLUSIÓN Los niños víctimas de abuso sexual con depresión desarrollan alteraciones cognitivas como anhedonia, desesperanza y pensamientos automáticos independientemente de la severidad de la depresión. Sin embargo en este trabajo no se consideró la correlación con factores sociodemográficos y familiares.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

La depresión como un estado normal ocasiona muchos problemas para la teoría y la práctica clínica. Análisis multivariados sugieren que la depresión es consecuencia directa del abuso sexual. El Abuso Sexual en los niños es un fenómeno cada vez más identificado en nuestro medio, aunque se ignora su verdadera incidencia debido al subregistro de casos. Las repercusiones médicas y psicosociales de las agresiones sexuales, son de tales dimensiones que comprometen el futuro del menor y de la familia. En la práctica clínica se necesitan criterios para establecer las fronteras entre un estado de ánimo normal y aquellos estados anormales que requieren tratamiento. Clínicamente la depresión se caracteriza por estado de ánimo depresivo, irritabilidad, anhedonia, alteraciones psicomotoras, alteraciones cognitivas, ideas de muerte, intento suicida y suicidio (3,8,9).

Para la teoría es necesario comprender la naturaleza y la función de la depresión como una emoción normal y determinar que aspectos de la depresión están presentes en los estados anormales patológicos (1,2,5,6).

MARCO TEORICO

La depresión es un trastorno potencialmente mortal ya que cerca del 5% de los individuos con este trastorno se quitan la vida. Los factores asociados con riesgo suicida en los sujetos con depresión son la presencia de: crisis de angustia, anhedonia importante, dificultad en la concentración, abuso de sustancias e insomnio importante. Los factores a largo plazo incluyen la desesperanza, ideas e intentos suicidas (6,9.)

INTRODUCCION

La depresión como un estado normal ocasiona muchos problemas para la teoría y la práctica clínica. Análisis multivariados sugieren que la depresión es consecuencia directa del abuso sexual. El Abuso Sexual en los niños es un fenómeno cada vez más identificado en nuestro medio, aunque se ignora su verdadera incidencia debido al subregistro de casos. Las repercusiones médicas y psicosociales de las agresiones sexuales, son de tales dimensiones que comprometen el futuro del menor y de la familia. En la práctica clínica se necesitan criterios para establecer las fronteras entre un estado de ánimo normal y aquellos estados anormales que requieren tratamiento. Clínicamente la depresión se caracteriza por estado de ánimo depresivo, irritabilidad, anhedonia, alteraciones psicomotoras, alteraciones cognitivas, ideas de muerte, intento suicida y suicidio (3,8,9).

Para la teoría es necesario comprender la naturaleza y la función de la depresión como una emoción normal y determinar que aspectos de la depresión están presentes en los estados anormales patológicos (1,2,5,6).

MARCO TEORICO

La depresión es un trastorno potencialmente mortal ya que cerca del 5% de los individuos con este trastorno se quitan la vida. Los factores asociados con riesgo suicida en los sujetos con depresión son la presencia de: crisis de angustia, anhedonia importante, dificultad en la concentración, abuso de sustancias e insomnio importante. Los factores a largo plazo incluyen la desesperanza, ideas e intentos suicidas (6,9.)

Los estudios del desarrollo del niño han aportado nuevos elementos acerca de la depresión como emoción normal humana. Las conductas depresivas en el niño sirven para alertar al grupo social sobre todo a la familia, acerca de sus necesidades de crianza, asistencia y auxilio (1)

Como consecuencia del abuso sexual, los niños suelen generar síntomas psicológicos propios de un trastorno por estrés postraumático con rasgos paranoides y de desconfianza, escasa autoimagen, propensión a la depresión y al comportamiento autodestructivo y la dificultad en el control de impulsos (14).

Legalmente se considera que ha ocurrido abuso sexual cuando, sin el consentimiento de la víctima y sin el propósito de llegar a la cópula, el agresor ejecuta en ella un acto sexual o la obliga a ejecutarla con el empleo de la violencia física o sin ella, ejemplos de abuso sexual son el exhibicionismo, la manipulación de genitales o de las mamas, caricias o besos sexuales, estimulación orogenital, etc. (5,11). En la ciudad de México hay un promedio de 300 delitos sexuales denunciados, 50% de los cuales se comete en menores de edad, el delito más común es el abuso sexual, seguido de la violación, la tentativa de la violación y el estupro (12)

La mayoría de los casos de abuso sexual al menor tienen por victimarios a parientes o conocidos de la familia. El incesto constituye una variante de abuso sexual que es cometido más frecuentemente por el padre seguido del padrastro (13).

La depresión es un trastorno que se presenta con frecuencia en niños con historia de abuso sexual, las reacciones psicológicas inmediatas son llanto histérico, inquietud, sentimiento de desagrado, enojo, cambios súbitos del estado de ánimo, anhedonia, desesperanza e ideas suicidas (5,15).

Los niños deprimidos tienen una serie de manifestaciones clínicas que

pueden ser reconocidas como extrañas para ellos mismos, estos síntomas se pueden agrupar en las siguientes categorías.

1.-Estado de Ánimo Depresivo Es equiparado con un dolor de tipo psíquico, hay una sensibilidad excesiva para percibir eventos negativos o desagradables, en tanto que los placenteros pasan inadvertidos.

2.-Anhedonia o Pérdida de Interés. El paciente refiere que ha perdido el interés para experimentar emociones normales respecto a las cosas que antes lo motivaban. La anhedonia, o incapacidad para experimentar placer es un dato cardinal en el cuadro depresivo, que lo hace completamente diferente a la tristeza; por muy triste que se encuentre una persona, esta encontrará actividades que pueden “consolarla”. En la depresión se pierde esta posibilidad.

3.-Alteraciones Psicomotoras. Se caracteriza por agitación, hiperactividad, retardo psicomotor o llegar a extremos como la pseudodemencia. El retardo psicomotor explica muchos de los datos clínicos que se observan en un paciente deprimido.

4.-Alteraciones Cognitivas. El paciente tiene una evaluación negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro. Estos 3 aspectos explican la vivencia de este tipo de enfermos quienes presentan: a) ideas de pérdida y privación, b) pérdida de autoestima, c) autoreproche con ideas de culpa exagerados, d) sensación de desesperanza, abandono y pesimismo, e) pensamientos recurrentes de muerte y suicidio.

5.-Ideas de Muerte, Intento Suicida y Suicidio. Los enfermos psiquiátricos con mayor riesgo de suicidio son los que padecen depresión mayor, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo y adictos a drogas; en Estados Unidos el 15% se suicida.

6.-Alteraciones autónomas. El componente biológico de la depresión mayor es más evidente por la disfunción de los síntomas límbicos y diencefálicos, con un impacto sobre los ritmos biológicos. Estos sistemas incluyen reducción del apetito, alteraciones del sueño, disminución del deseo sexual, trastorno de las funciones circadianas (4,10).

Es importante considerar que la depresión en niños presenta diferencias en comparación con los adultos ya que los problemas del sueño se caracterizan no por insomnio, sino por tendencia a dormir en forma exagerada, sueño intranquilo, frecuentemente en lugar de tristeza manifiestan enojo e irritabilidad, el estado de ánimo bajo y la incapacidad para experimentar gusto o placer en sus actividades y pasatiempos tienden a variar, esto es, el ánimo mejora ante ciertas situaciones positivas, y la anhedonia no es persistente (16,17,18)

El uso de escalas de evaluación para determinar la presencia e intensidad de los síntomas depresivos tiene como finalidad contar con un instrumento que objetivamente permita cuantificar la depresión (6,7,8)

Estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado que un 40 a 70 % de niños y adolescentes con depresión mayor tienen comorbilidad psiquiátrica y entre el 20 y el 50% tienen dos o más diagnósticos adicionales. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentemente asociados a la depresión mayor en niños son distimia, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta y abuso de sustancias. El 70% de los pacientes que desarrollan una distimia a temprana edad, tienen una depresión mayor sobrepuesta y un 50% otros trastornos psiquiátricos (19,20,21)

Los factores que se han asociado con el inicio, duración y recurrencia de la depresión de inicio temprano son demográficos (edad, género y estado socioeconómico), psicopatología (diagnósticos psiquiátricos

preexistentes, síntomas depresivos subyacentes, estilo cognoscitivo negativo), factores familiares (psicopatología de los padres, inicio temprano de trastornos afectivos, alta carga familiar para trastornos afectivos) y factores psicosociales (pobre soporte, eventos estresantes de la vida, pobre funcionamiento materno) Los factores influyen de manera diferente en el inicio y curso natural del trastorno (19,21).

Los factores del medio ambiente parecen jugar un papel importante, por ejemplo, un medio ambiente familiar caótico ha sido asociado con un incremento en el riesgo para abuso sexual y depresión secundaria a este. Estudios de adultos deprimidos e hijos deprimidos han demostrado que en sus interacciones hay más conflictos, más rechazo, más problemas de comunicación, menor expresión de afecto, menos soporte y más abusos que en la interacción familiar de controles normales (22).

En años recientes, los modelos cognoscitivos y conductuales de la depresión en niños y adolescentes, han sido objeto de gran atención por parte de investigadores y clínicos en relación con la etiología, sintomatología y tratamiento de este padecimiento. Para entender esto, es necesario analizarlo desde la perspectiva del desarrollo psicológico del niño y adolescente, y recordar que las manifestaciones clínicas varían en una misma persona a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo y varían también en relación con las manifestaciones en el adulto, en virtud de las diferencias existentes entre ambos (23).

Los individuos susceptibles a desarrollar cuadros depresivos, desarrollan un esquema de distorsiones negativas que permanecen latentes a lo largo del tiempo y pueden ser activados en situaciones de estrés. Cuando esto sucede, se hace evidente la tríada cognoscitiva negativa de la depresión postulada en el modelo

de Beck. Esta tríada se caracteriza por una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro.

Los constructos en los que se basa la teoría cognoscitiva de la depresión (desesperanza, distorsiones cognitivas, autoesquema negativo, visión negativa del mundo), pueden ser vistos colectivamente como caminos a través de los cuales los individuos procesan sus experiencias para realizar inferencias y juicios, los cuales son posteriormente usados como base para resolver problemas y tomar decisiones respecto a acciones futuras (24,25).

Los constructos cognitivos que se han mencionado hasta el momento han sido ampliamente investigados en la depresión del adulto (26,27,28).

En niños apenas empiezan a aparecer referencias específicas de constructos cognitivos. Es relevante disponer de los instrumentos que evalúen estos constructos que habrán de ser relevantes en los cuadros clínicos que se presentan en todas las edades como lo es la depresión (23,24,29,30,31,32).

La *Anhedonia* se refiere a la disminución en la habilidad o capacidad para experimentar placer y se refleja en la disminución del interés en eventos o actividades gratificantes o potencialmente gratificantes (10,26,27).

La investigación de la anhedonia en adultos se ha facilitado por el desarrollo de técnicas alternativas de evaluación. Fawcett y cols., desarrollaron la escala de placer, en la cual se califica el grado de placer que experimentan las personas en diversas situaciones o actividades. Los pacientes con diagnóstico de depresión obtuvieron baja puntuación en esta escala en relación a sujetos del grupo control no deprimidos, siendo la diferencia estadísticamente significativa. De manera similar Macphillamy y Lewinsohn, encontraron que los adultos deprimidos reportaban una disminución en la capacidad para experimentar placer en diversas actividades (33).

Se han realizado pocos estudios acerca de la anhedonia en niños, en parte, ante la falta de las escalas e instrumentos necesarios. En 1988 se publicó un estudio en el cual Kazdin realizó una evaluación del nivel de anhedonia en 232 niños entre los 5 y 13 años de edad con padecimientos psiquiátricos, adaptando la escala de placer para adultos para su aplicación en niños. Basada en investigaciones previas, se pronosticó antes de iniciar este estudio, que los niños con el diagnóstico de depresión mayor tendrían niveles más altos de anhedonia y que a su vez quienes resultaran con una baja capacidad para experimentar placer, podrían tener un estilo atribucional negativo y poca iniciativa en la búsqueda de experiencias placenteras. Los estudios demostraron que la escala tiene un aceptable nivel de consistencia interna como se observó en el hecho de que hubo una correlación moderada a alta entre la puntuación total y la puntuación de cada ítem. También se observó que en los niños entre 6 a 9 años se obtenían niveles significativamente más bajos de anhedonia que los niños de 10 a 13 años. En los niños que obtuvieron niveles altos de anhedonia, se demostró que tenían un estilo atribucional negativo similar al encontrado en los adultos. Cabe mencionar que los resultados no presentaron una correlación significativa con las puntuaciones obtenidas en las escalas de depresión. En estudios con adultos se ha observado una correlación baja a moderada entre las puntuaciones obtenidas con la escala de placer y escalas de depresión (31,33).

Este estudio tuvo varias limitaciones; en primer lugar, la muestra estudiada fue de pacientes psiquiátricos, situación que en parte se debió al interés de evaluar la anhedonia en niños deprimidos; esto limita la generalidad de los resultados. Es importante considerar no solo en niños, sino también en adultos que las escalas solo valoran la experiencia subjetiva del sujeto, y que tal vez

sería de gran utilidad en la evaluación de la anhedonia. En niños, algunos autores han hecho evaluaciones a través de observaciones directas de su conducta, que correlacionan con anhedonia (por ejemplo, pobre participación en actividades sociales y jugar solos), con lo cual han logrado distinguir niños deprimidos de los no deprimidos (33,34,35).

Los *Pensamientos Automáticos* son cogniciones que median entre los sucesos externos y la reacción emocional de la persona al suceso; se conocen también como distorsiones cognitivas (25)

Los pensamientos automáticos tienen ciertas características que los distinguen del flujo ordinario de pensamientos observados en el pensamiento reflexivo o la asociación libre e incluyen no solo ideas específicas en forma verbal sino también imágenes. Cuando la persona experimenta una forma de psicopatología, una gran parte de los pensamientos automáticos refleja el contenido temático específico de este síndrome. Estos pensamientos tienden a ser muy rápidos y generalmente están al margen de la conciencia. Normalmente preceden algún efecto, como la cólera, tristeza o ansiedad, y su contenido es congruente con este afecto. Tienen una cualidad imperativa de forma que aún cuando la persona intente bloquearlos, tienden a reaparecer. Estas distorsiones cognitivas y las percepciones negativas por medio de las cuales los individuos procesan la información que llega a ellos acerca de ellos mismos, del medio ambiente y de su futuro, se basan en experiencias previas del propio individuo (25,36)

Varios estudios han revelado que los adultos deprimidos reportan significativamente más distorsiones cognitivas negativas en las escalas autoaplicables que sus controles no deprimidos. Los investigadores que han examinado las distorsiones cognitivas negativa en niños han encontrado

hallazgos similares (23,31,32,37).

Varios autores aún sostienen que los procesos cognitivos juegan un papel primordial en la etiología, tratamiento, persistencia y remisión de la depresión. Mas aún, hay quienes se plantean como una necesidad el estudio mas sistematizado de los aspectos cognitivos en la evaluación de la depresión, al considerar que la validación y la obtención de los valores de los coeficientes de confianza no son completos en el momento actual. Proponen así mismo, un orden específico para esto: 1) estudiar la relación entre fenómenos cognoscitivos aún no bien conocidos y su relación con patrones de conducta y expresión de emociones, 2) estudiar el papel de procesos no conocidos en el desarrollo de distintas psicopatologías y los patrones de conducta asociados, 3) confirmar los efectos del tratamiento (38,39).

Entre estos instrumentos desarrollados, se encuentra el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (CPA), el cual se diseñó para evaluar la presencia espontánea de pensamientos y autoconceptos negativos. La validez del constructo de CPA se apoya en el hecho de que los resultados obtenidos al aplicar este instrumento se correlacionan en grado moderado a alto con medidas de depresión tales como el Inventario de Beck o la Escala de Depresión del MMPI (30,40,41).

En 1990 se publicó un estudio en el cual se examinó el CPA en relación con el proceso cognoscitivo atribucional y depresión en niños. En este estudio se evaluó la consistencia interna, el criterio, la convergencia y la validez discriminatoria del instrumento. Se estudiaron un total de 250 niños entre los 6 a 13 años de edad con diagnósticos psiquiátricos, con nivel de inteligencia dentro del rango normal, sin evidencia de daño neurológico, sin demencia y sin crisis convulsivas. A parte del cuestionario de pensamientos automáticos, se

les aplicaron instrumentos de medición de desesperanza, sintomatología depresiva y funcionamiento social. Los resultados de este estudio demostraron que la escala tiene un adecuado nivel de consistencia interna, como se evidencia en los altos coeficientes de confianza, la moderada a alta correlación de la puntuación total con la puntuación de cada ítem; los niños deprimidos tuvieron un puntaje mas alto en el total de la escala en cada uno de los ítems. La validez de criterio del CPA en la delimitación de niños deprimidos de los no deprimidos quedó demostrada en este estudio, por el hecho de que con el comportamiento de los ítems de manera individual se pudo clasificar de manera correcta el 90% de los casos. La validez convergente se demostró porque la escala correlacionó significativamente con otras escalas de procesos cognoscitivos y depresión. La validez discriminatoria se demostró porque la escala correlacionó mas alto con escalas de procesos cognoscitivos y de depresión, que con escalas de comportamiento social y experiencias afectivas positivas (32).

La *Desesperanza* es una expectativa negativa acerca del futuro, es considerada un aspecto central de la depresión de Beck quien describe la tríada cognoscitiva de la depresión.

Para medir el constructo desesperanza, Beck desarrolló en 1974, la escala de desesperanza, encontró que la puntuación obtenida con el uso de esta escala disminuía, conforme desaparecían los síntomas depresivos (42,43).

Numerosos estudios han demostrado que en los pacientes deprimidos, a mayor nivel de desesperanza, mayor posibilidad de conductas suicidas. Este dato concuerda con lo hallado por Beck y cols quienes reportan que en los pacientes deprimidos, la desesperanza es el mejor predictor de intentos suicidas, e incluso mencionan que una puntuación de 9 o más en la escala, identifica correctamente el 91% de los suicidas potenciales (44,45).

Akiskal y cols. señalan que la desesperanza se encuentra representada en varias entidades psiquiátricas y mencionan "este sentimiento de derrota y desmoralización, constituye el camino final común de muchos trastornos psicóticos y neuróticos y no es específico de los trastornos afectivos". Para entender el papel de la desesperanza en la depresión es importante reconocer que el concepto desesperanza es dinámico y no estático; la intensidad de la desesperanza no solo varía de persona a persona, sino que también varía en una misma persona a través del tiempo (46,47)

En el modelo propuesto por Young y cols. mencionan que todo individuo tiene una desesperanza con una intensidad de base, que es característica de la persona cuando no está deprimida, pero cuando está deprimida la desesperanza se incrementa en intensidad y en función de la severidad de la depresión. Cada persona tiene sus propias características de incremento de la desesperanza en función de la sensibilidad de la desesperanza a la depresión (48,49).

Varios autores opinan que las expectativas negativas acerca del futuro frecuentemente asociadas con la depresión en el adulto es poco probable que sean evidentes en el niño; la razón, es la poca capacidad de los niños para conceptualizar claramente el futuro. Además, la evaluación de la desesperanza en los niños, depende de la información proporcionada por otros, particularmente padres y maestros; es poco frecuente la medición de las experiencias privadas de los niños, como un reflejo de sus sentimientos y cognición. Las expectativas negativas pueden estar asociadas o ser el resultado de eventos estresantes que pueden suceder durante el curso o desarrollo de la depresión como síntoma o como enfermedad (25,44,50).

En 1983 Kazdin publicó un estudio donde reportó el uso preliminar de una escala autoaplicable de desesperanza para niños, su muestra fue un grupo

pequeño de niños que habían cursado con ideación e intento suicida. En 1986 publicó los resultados de la validación de dicha escala, así como sus características psicométricas. En esta ocasión evaluó 262 niños de 6 a 13 años, pacientes psiquiátricos. La escala demostró que tener una adecuada consistencia interna, correlación moderada entre la puntuación de cada ítem y la puntuación total, la confiabilidad de la prueba contraprueba también se encontró en un rango moderado (después de un período de 6 semanas). La desesperanza correlacionó positivamente con depresión, y negativamente con autoestima y conducta social (37,51).

JUSTIFICACION

En presencia de factores estresantes como lo son el abuso sexual, los niños pueden desarrollar algún trastorno depresivo. Se ha reportado por otros autores, que esta depresión puede estar correlacionada con antecedentes de otras psicopatologías, con puntuaciones obtenidas en escalas de depresión y que evalúan distorsiones cognoscitivas. Diversos instrumentos han demostrado ser útiles para captar los aspectos más relevantes de ciertos contenidos del pensamiento y emociones que se han relacionado con el trastorno depresivo.

En nuestro medio lo anterior no se ha demostrado, por lo que en este proyecto se pretende demostrar la correlación de la depresión en niños víctimas de abuso sexual, con aspectos clínicos y cognoscitivos.

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir si existe diferencia y correlación de la depresión en niños víctimas de abuso sexual, con aspectos clínicos y cognoscitivos.

Objetivos Particulares

- Describir si existe diferencia entre la calificación obtenida entre una medida de severidad de depresión (Kovacs) y aspectos cognoscitivos (desesperanza, pensamientos automáticos y anhedonia) en niños víctimas de abuso sexual con y sin depresión
- Describir la correlación entre la presencia de depresión, con su severidad, desesperanza, pensamientos automáticos y anhedonia, en niños víctimas de abuso sexual

JUSTIFICACION

En presencia de factores estresantes como lo son el abuso sexual, los niños pueden desarrollar algún trastorno depresivo. Se ha reportado por otros autores, que esta depresión puede estar correlacionada con antecedentes de otras psicopatologías, con puntuaciones obtenidas en escalas de depresión y que evalúan distorsiones cognoscitivas. Diversos instrumentos han demostrado ser útiles para captar los aspectos más relevantes de ciertos contenidos del pensamiento y emociones que se han relacionado con el trastorno depresivo.

En nuestro medio lo anterior no se ha demostrado, por lo que en este proyecto se pretende demostrar la correlación de la depresión en niños víctimas de abuso sexual, con aspectos clínicos y cognoscitivos.

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir si existe diferencia y correlación de la depresión en niños víctimas de abuso sexual, con aspectos clínicos y cognoscitivos.

Objetivos Particulares

- Describir si existe diferencia entre la calificación obtenida entre una medida de severidad de depresión (Kovacs) y aspectos cognoscitivos (desesperanza, pensamientos automáticos y anhedonia) en niños víctimas de abuso sexual con y sin depresión
- Describir la correlación entre la presencia de depresión, con su severidad, desesperanza, pensamientos automáticos y anhedonia, en niños víctimas de abuso sexual

HIPOTESIS

Los niños víctimas de abuso sexual con depresión desarrollan alteraciones cognitivas

MATERIAL Y METODOS

Diseño

Se realizó un estudio de escrutinio transversal

Sujetos

Se estudió una población de 32 niños entre 4 y 12 años de edad, con el diagnóstico de abuso sexual, previamente valorados con la entrevista semiestructurada K-SADS-PL para trastornos afectivos, tratados en la clínica de PAINAVAS (Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual) del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de la SSA en México, D F.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron a niños entre los 4 y los 12 años de edad, ambos sexos, con el diagnóstico de abuso sexual, previamente valorados con la entrevista semiestructurada K-SADS-PL, 25 de los 32 sujetos incluidos tuvieron un diagnóstico previo de depresión relacionado con abuso sexual y los 7 restantes no presentaban sintomatología depresiva. Posteriormente solo 14 de los 32 sujetos estudiados contaban con el diagnóstico de depresión. Todos los pacientes debieran de acudir a la consulta de la Clínica de PAINAVAS y participación voluntaria bajo el consentimiento de los padres. Se excluyeron los niños que no se incorporaron a este grupo

HIPOTESIS

Los niños víctimas de abuso sexual con depresión desarrollan alteraciones cognitivas

MATERIAL Y METODOS

Diseño

Se realizó un estudio de escrutinio transversal

Sujetos

Se estudió una población de 32 niños entre 4 y 12 años de edad, con el diagnóstico de abuso sexual, previamente valorados con la entrevista semiestructurada K-SADS-PL para trastornos afectivos, tratados en la clínica de PAINAVAS (Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual) del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la SSA en México, D F.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron a niños entre los 4 y los 12 años de edad, ambos sexos, con el diagnóstico de abuso sexual, previamente valorados con la entrevista semiestructurada K-SADS-PL, 25 de los 32 sujetos incluidos tuvieron un diagnóstico previo de depresión relacionado con abuso sexual y los 7 restantes no presentaban sintomatología depresiva. Posteriormente solo 14 de los 32 sujetos estudiados contaban con el diagnóstico de depresión. Todos los pacientes debieran de acudir a la consulta de la Clínica de PAINAVAS y participación voluntaria bajo el consentimiento de los padres. Se excluyeron los niños que no se incorporaron a este grupo

Material

Se aplicaron 4 índices clínicos: Inventario de Depresión para Niños de Kovacs "The Children Depression Inventory" (CDI) es una escala que evalúa la severidad sintomática de la depresión en niños de edad escolar que sepan leer. Consta de 27 ítems que cubren un grupo de síntomas depresivos de la infancia tales como tristeza, anhedonia, ideación suicida y trastornos del apetito y del sueño. Cada uno de los ítems evalúa un síntoma, el cual presenta tres opciones, graduadas del 0 al 2 en dirección al incremento de la psicopatología. El rango de la calificación total puede variar de 0 a 54. De cada ítem, el niño debe escoger la opción que describa mejor como se ha sentido en las últimas dos semanas (21). Escala de desesperanza de Kazdin. Consta de 17 ítems, a cada uno de los cuales debe contestar el niño con un cierto o falso para él. La calificación máxima, que puede ser de 17, refleja el nivel más alto de desesperanza o expectativas negativas acerca del futuro. Lo normal, sería que los niños contestaran a 9 de los ítems con verdadero (2, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, y 17), y falso a los 8 restantes (27). Cuestionario de Pensamientos Automáticos. Consta de 30 ítems, que evalúan la frecuencia con que se presentan en los niños pensamientos automáticos. Para cada uno de los 30 reactivos, el niño tiene 5 opciones de respuesta para la pregunta: "¿Qué tan frecuentemente piensas en lo que dice en la frase?". Las opciones de respuesta son: "nunca, algunas veces, frecuentemente, casi siempre, todo el tiempo". El rango de calificación para cada respuesta varía de 1 a 5, en dirección al incremento de la frecuencia con que los pensamientos automáticos se presentan en cada niño evaluado (32). Escala de Placer para la evaluación de Anhedonia en niños. Consta de 39 reactivos, cada uno de los cuales aborda situaciones a las cuales los niños tienen que contestar a la pregunta: "¿Cómo te sentirías si te

pasara lo que dice en la frase?”, habiendo tres opciones de respuesta: “muy feliz, feliz o me da lo mismo” Y la puntuación que se le da a cada respuesta es de 1 a 3 (en dirección contraria al incremento de la anhedonia). El total de puntuación obtenida al aplicar esta escala está en relación inversamente proporcional con el nivel de anhedonia, es decir, a mayor puntuación, menor nivel de anhedonia y viceversa (31).

Procedimiento

Inicialmente se pidió autorización al Jefe de servicio de la clínica de PAINAVAS, además del comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Posteriormente se contacta a los padres de los niños para solicitar su autorización y participación. Una vez cumplidos estos requerimientos se procede a llevar a cabo la entrevista en la cual se evaluó a los niños con los índices clinimétricos, en un consultorio de la misma clínica del hospital, con una duración aproximada de 60-90 minutos, siguiendo los parámetros establecidos de cada uno de los mismos

Análisis Estadístico

El Análisis Estadístico se realizó con medidas de frecuencia (Promedio, Desviación Estandar). También por medio de Coeficiente de correlación de Pearson, con comprobación de la significancia a través de “t” de Student.

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 32 niños víctimas de abuso sexual tratados en la clínica de PAINAVAS previamente valorados con la entrevista semiestructurada de K-SADS-PL para trastornos afectivos, de los cuales 46.8% fueron niñas y 53.1% niños. La edad promedio fue de 8 años con un rango de 4 a 12 años. 78.1% de los 32 niños evaluados, presentaron síntomas depresivos que corroboraron el diagnóstico de depresión asociada a abuso sexual [$\text{Chi}^2(1)=6.96$, $p = 0.008$], y el 21.8% restante no presentó criterios para depresión; de los 25 niños con depresión previa 37.5% niñas y 40.6% niños. Actualmente el 43.7% del total de niños, continuaban deprimidos [$\text{Chi}^2(1)=7.61$, $p = 0.006$], de los cuales 15.6% son niñas y 28.1% niños. Solo 2 (6.2%) de los 25 niños con depresión previa presentaban algún trastorno de conducta antes de la victimización (Tabla 1).

Tabla 1. Edad, Sexo y Trastorno de conducta de niños víctimas de abuso sexual con Depresión Previa (DP) y Depresión Actual (DA).

EDAD	n	%	DP (n)	DP (%)	DA (n)	DA (%)
4 años	1	3.1	0	0	0	0
5 años	1	3.1	1	3.1	1	3.1
6 años	4	12.5	2	6.2	1	3.1
7 años	4	12.5	3	9.3	3	9.3
8 años	6	18.8	5	15.6	2	6.2
9 años	4	12.5	3	9.3	1	3.1
10 años	4	12.5	3	9.3	1	3.1
11 años	2	6.2	2	6.2	2	6.2
12 años	6	18.7	6	18.7	3	9.3
Total	32	100	25	78.1	14	43.7
SEXO						
Femenino	15	46.8	12	37.5	5	15.6
Masculino	17	53.1	13	40.6	9	28.1
TRASTORNO CONDUCTA	4	12.5	2	6.2	1	3.1

En general, los niños víctimas de abuso sexual obtuvieron un promedio de 26.78 en el Inventario de Depresión de Kovacs que mide severidad de la depresión, 9.12 en la Escala de Desesperanza de Kazdin que predice la posibilidad de intento suicida en el niño deprimido, 27.12 en el Cuestionario de Pensamientos Automáticos que evalúa la frecuencia con que se presentan en los niños y 31.46 en la Escala de Placer para la evaluación de anhedonia en niños (Tabla 2).

Tabla 2 Calificaciones en la Escala de Kovacs, desesperanza, pensamientos automáticos y anhedonia con el total de los niños evaluados (n = 32)

	Promedio	Desviación Estandar	Vm	Via
Kovacs	26.78	3.08	20	33
Desesperanza	9.12	2.52	5	14
Pensamientos Automáticos	27.12	17.80	2	61
Anhedonia	31.46	16.14	0	60

El diagnóstico de depresión actual en niños víctimas de abuso sexual mostró correlación significativa con el diagnóstico previo de depresión, así como con el diagnóstico de depresión relacionado con el abuso sexual. El diagnóstico de depresión previa y el diagnóstico de depresión relacionado con el abuso sexual, mostraron correlación significativa con la desesperanza. La desesperanza se correlacionó significativamente con pensamientos automáticos y estos a su vez mostraron correlación significativa con la anhedonia (Tabla 3)

Tabla 3 Correlación entre depresión con TCP, DA, DP, DAS, la escala de Kovacs, la desesperanza, pensamientos automáticos y anhedonia (n = 32)

	Depresión Conducta Promedio (TCP)	Depresión autónoma (DA)	Depresión promedio (DP)	Depresión relacionada con el uso de sustancias (DAS)	Kovacs (KS)	Desesperanza (DS)	Pensamientos Automáticos (PA)	Anhedonia (AN)
TCP	1.00							
DA	-0.14	1.00						
DP	-0.25	0.46*	1.00					
DAS	-0.25	0.46*	1.00	1.00				
Ks	0.21	0.12	-0.13	-0.13	1.00			
Ds	-0.09	0.10	0.33**	0.33**	0.09	1.00		
PA	0.0027	0.12	0.24	0.24	-0.06	0.51***	1.00	
An	0.0007	0.06	-0.13	-0.13	-0.18	-0.24	-0.38****	1.00

*[r = 0.46 (32), p = 0.001], ** [r = 0.33 (32), p = 0.05], *** [r = 0.51 (32), p = 0.001], **** [r = -0.38 (32), p = 0.02]

En el tabla 4, se muestran los puntajes en el inventario de Kovacs para depresión, en la Escala de desesperanza de Kazdin, en el cuestionario de pensamientos automáticos y en la Escala de Placer que obtuvieron los niños con y sin depresión. No se encontró diferencia significativa entre los promedios.

Tabla 4. Calificaciones en el Inventario de Kovacs, escala de desesperanza, pensamientos automáticos y en escala de placer.

	SIN DEPRESION		CON DEPRESION	
	Promedio	Desviación Estándar	Promedio	Desviación Estándar
Kovacs	26.44	2.83	27.21	3.44
Desesperanza	8.88	2.37	9.42	2.76
Pensamientos Automáticos	25.22	20.03	29.57	14.80
Anhedonia	30.55	18.75	32.64	12.59

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

En esta investigación evaluamos la correlación de depresión con aspectos clínicos y cognitivos en 32 niños víctimas de abuso sexual, de los cuales 25 presentaron depresión posterior al abuso y actualmente 14 continuaban deprimidos

La correlación entre depresión actual, depresión previa y depresión asociada con el abuso sexual presentó diferencia significativa.

Encontramos que los niños con diagnóstico de depresión actual tuvieron correlación significativa con la desesperanza. Esto concuerda con lo reportado por Klein y Chapman quienes en estudios realizados concluyen que la anhedonia se correlaciona con el trastorno depresivo. Kazdin es el primero en aplicar la escala de anhedonia en niños

La depresión previa tuvo correlación significativa con la desesperanza posterior al abuso sexual, lo cual concuerda con lo que Beck menciona, que la desesperanza está relacionada con la depresión y los pacientes la perciben como una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Este autor enfatiza que los pacientes que cursan con desesperanza tienen mayor riesgo de cometer suicidio

Observamos también que la desesperanza tuvo correlación significativa con los pensamientos automáticos. Beck asocia los pensamientos automáticos con una situación frustrante que más tarde pueden contribuir al desarrollo de un síndrome depresivo, lo que concuerda con nuestro trabajo, ya que el abuso sexual fue un factor estresante que desarrolló en el niño un trastorno depresivo con alteraciones cognitivas

Los pensamientos automáticos y la anhedonia se correlacionaron, como lo

refiere Kumari, quien hace énfasis en que los pensamientos automáticos se presentan en los individuos deprimidos y reflejan tristeza y ansiedad, a diferencia de los sujetos normales. De ahí que la mayoría de nuestros pacientes deprimidos presentaron desesperanza, pensamientos automáticos y anhedonia independientemente del grado de severidad del trastorno depresivo, que no fue significativo en nuestro trabajo.

CONCLUSIÓN

En nuestro trabajo observamos que los niños deprimidos cursan con alteraciones cognitivas como desesperanza, pensamientos automáticos y anhedonia aspectos que resultaron independientes de la severidad de la depresión. Esto probablemente se debe al tipo de población evaluada (4 a 12 años de edad), ya que los niños menores de 7 años presentaban dificultad para contestar los cuestionarios que eran en su totalidad autoaplicables. Aspecto que pudo influir en los resultados es que las escalas no tuvieran una adecuada traducción y adaptación.

Por otro lado se han realizado pocos estudios sobre la valoración de alteraciones cognitivas en niños. A nivel internacional Kazdin y Kaslow en 1988 fueron los primeros en evaluar la anhedonia en niños, adaptando la escala de placer para adultos, también realizaron estudios sobre alteraciones cognitivas, encontrando que los hallazgos en adultos son similares en los niños

A nivel nacional El Inventario de Depresión para niños de Kovacs, La Escala de Desesperanza de Kazdin, El Cuestionario de Pensamientos Automáticos y la Escala de Placer para la Evaluación de Anhedonia en Niños, fueron validadas por los Drs. Nuñez y Paez en 1998. (10)

Cabe mencionar que es el 1er. trabajo de investigación en los cuales se utilizó las escalas anteriormente mencionadas en niños víctimas de abuso sexual con depresión, después de la validación en México

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Chávez E: Trastornos Depresivos; Programa de Actualización Continua en Psiquiatría; 1era. edición; 1998, pags. 9-24
- 2.-Kovacs M y cols: First-Episode Major Depressive and Dysthymic Disorder Childhood: Clinical and Sociodemographic Factors in Recovery. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:6, pp 777-784, June 1997.
- 3.-Sauceda J: Abuso Sexual y Embarazo en la Adolescencia *Bol Med Hosp Infant Mex*, 1995; 52: 451.
- 4.-Pichot P: Criterios Diagnósticos de Depresión Mayor; DSM-IV American Psychiatric Association. España: Masson, 1995; 161-163.
- 5.-Gladstone G y cols: Characteristics of Depressed Patients Who Report Childhood Sexual Abuse. *Am J Psychiatry*, 156 (3):431-7, march 1999.
- 6.-Kazdin AE: Children's Depression Scale: Validation with Child Psychiatric Inpatients. *J Child Psychol Psychiatry*, 28(1): 29-41, January 1987.
- 7.-Tisher M, Tonge BJ y cols: Childhood Depression, Stressors and parental depression. *Aust N Z J Psychiatry*, 28(4): 635-41. December 1984.
- 8.-Kazdin A: Evaluation of the Pleasure Scale in the Assessment of Anhedonia in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28, 3:364-372, 1989
- 9.-Keith S, Hans J y cols: Cognitive Assessment of Depression: Reliability and Validity of Three Measures. *J Abnormal Child Psychology*, Vol. 92, No. 1, 107-109, 1983.
- 10.-Nuñez R, Paez F: Constructos Cognoscitivos Relacionados con la Depresión Infantil, Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, México D F, 1998.

- 11.-Cazorla G: Conductas sexuales delictivas: violación, abuso sexual, hostigamiento sexual, incesto, legnocio y estupro. En: Consejo Nacional de Población. Antología de la sexualidad humana. III. México: Porrúa, 1994:277
- 12.-Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Estadística de enero a junio de 1995. México: Agencias Especializadas en Delitos Sexuales, 1995.
- 13.-Finkelhor D: Abuso sexual al menor. México: Pax 1989: 12.
- 14.-Sauceda J: Agresividad sexual en la adolescencia temprana. En: Saucedo JMG (ed) La salud mental del niño y el adolescente. México: Asociación Mexicana de Psiquiatría 1992.
- 15.-Eley T: Depressive Symptoms in Children and Adolescents: Etiological Links between Normality and Abnormality: A Research Note. J Child Psychol. Psychiat. Vol 38, No 7, pp 861-865, 1997.
- 16.-Salin R: Aspectos Clínicos de la Depresión. En: Salin R, Ed. Manual de Prescripción de Antidepresivos. México: McGraw-Hill Interamericana, 1999, pag 1-13.
- 17.-De la Peña O: Trastorno Depresivo en los Niños (Un abordaje histórico, fenomenológico y de apoyos diagnósticos) PSQUIAIA, vol 4, Num.2, pp 14-16, abril-junio 1993.
- 18.-Pichot P: Criterios Diagnósticos de Depresión Mayor; DSM-IV American Psychiatric Association. España: Masson, 1995; 161-163.
- 19.-Birmaher B y cols: Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years: Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35(11): 1427-1436, November 1996
- 20.-Anderson JC, Mc Gee R: Comorbidity of Depression in Children and Adolescents. In: Handbook of Depression in Children and Adolescents. Reynold WM, Johnson HF eds. New York. Plenum Press, 1994, pp 581-601.

- 21 -Kovacs N y cols: Depressive Disorders in Childhood: IV. A Longitudinal Study of Comorbidity with and Risk for Anxiety Disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 46:776-782, 1989
- 22.-Asarnow JR y cols: Family-expressed Emotion, Childhood-onset Depression, and Childhood-onset Schizophrenia Spectrum Disorders: is Expressed Emotion a Non-specific Correlate of Child Psychopathology or a Specific Risk Factor for Depression. *J Abnorm Child Psychol*, 22:129-146, 1994
- 23 -Kaslow N y cols: Cognitive and Behavioral Correlates of Childhood Depression. In Reynolds W., Johnstone H. (Eds.) *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York and London: Plenum Press. pp 97-99, 1994
- 24 -Rehm L Cognitive Components of Depression In Lewis M. and Miller S. (Eds.) *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York. Plenum Press. 1990 pp 342-351.
- 25 -Beck AT: *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Hoeber 1967.
- 26 -Klein D: Depression and anhedonia. In: *Anhedonia and Affect Deficit States* ed D C. New York PMA Publishing, pp 1-14,1987.
- 27.-Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML Scales for Physical and Social Anhedonia. *J Abnormal Psycho*, 85:374-382, 1976.
- 28.-Watson CG: Anhedonia as a Function of Non-Affective Interpretation of Ambiguous Stimuli and Threshold for Affective and Neutral Stimuli *J Clin Psychol*, 33:58-63, 1977.
- 29.-Seligman M y cols: Attributional Styles and Depressive Symptoms Among Children. *J Abnormal Psychol*, 93: 235-238, 1984.

- 30.-Hollon SD y cols: Cognitive Self-statements in Depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4:383-395, 1980.
- 31.-Kazdin AE y cols: Assessment of Overt Behavior and childhood Depression Among Psychiatrically Disturbed Childre. *J Consult Clin Psychol*, 51: 504-510, 1985.
- 32.-Kazdin AE: Evaluation of the Automatic Thought Questionnaire: Negative Cognitive Processes and Depression Among Children. *J Consult Clin Psychol*, 2(1) 73-79, 1990.
- 33.-MacPhillamy D y cols: Depression as a Function of Levels of Desired and Obtained Pleasure. *J Abnorm Psychol*, 83:651-657, 1974.
- 34.-Brown S y cols: Disociation on Self-Report and Observed Pleasure in Depression. *Psychosom Med* 1979;40:536-548.
- 35.-Miller R: Method to Study Anhedonia in Hospitalizad Psychiatric Patients. *J Abnorm Psychol*, 96:41-45, 1987.
- 36.-Beck AT: *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- 37.-Kazdin A: The Hopelessnes Scale for Children: Psychometric Characteristics and Concurrent Validity. *J Consult Clin Psychol*, 54 (2):241-245, 1986.
- 38.-Blackburn IM y cols: Cognitive Style in Depression. *Brit J Clin Psychol*, 25:241-251, 1986.
- 39 -Hill CV y cols: An Empirical Investigation of the Specificity and Sensitivity of the Automatic Thoughts Questionnaire and Dysfunctional Attitudes Scale. *J Psychopathol Behav Assess*, 11(4).291-311, 1989

- 40 -Bisno B, Thompson W, Breckenridge J. and Gallagher D Cognitive Variables and the Prediction of Aoutcomes Following an Intervention for Controlling Depression Cognitive Therapy and Research, 1985.9; 527-538.
- 41.-Dopson KS, Breiter HJ: Cognitive Assessment of Depression: Reliability and Validity of Three Measures J Abnor Psychol, 1983.92; 107-109.
- 42.-Beck AI, Weissman A, Lester D, Trexler L: The Measurement of Pessimism: The Hopelessnes Scale J Consult Clin Psichol,42:861-865, 1974.
- 43.-Rush AJ, Beck AI, Kovacs M, Hollon SD: Differential effects of Cognitive Therapy and Pharmacotherapy on Hopelessnes and Self Concept Am J Psychiatry, 139:862-866, 1982.
- 44.-Beck AI, Kovacs M, Weissman A: Hopelessnes and Suicidal Behavior: An Overview. J Am Mediccal Association, 234:1146-1149, 1975.
- 45.-Beck AI, Ster R, Kovacs M, Garrison B: Hopelessnes and Eventual Suicide: A 10 year Prospective Study of Patients Hospitalized with Suicide Ideation. Am J Psychitry , 142:559-563, 1985.
- 46.-Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI: The Relationship of Personality to Affective Disorders: A Critical Review. Archives of General Psychiatry, 40:801-810, 1983.
- 47.-Young M, Fogg L, Scheftner W, Fawcett J, Akiskal H, Maser J: Stable Traits Components of Hopelessnes: Baseline and Sensitivity to Depression J Abnorm Psychol, 105(2) 155-165, 1995.
- 48.-Beck AI, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA: Relationship Between Hopelessnes and Ultimate Suicide: A Replication with Psychiatric Outpatients. Am J Psychiatry, 147:190-195, 1990.

49.-Young M, Fogg L, Scheftner W, Fawcett J, Akiskal H, Maser J: Stable Traits Components of Hopelessness: Baseline and Sensitivity to Depression. J of Abnorm Psychol, 105(2):155-165, 1995.

50.-Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA: Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication with Psychiatric Outpatients. Am J Psychiatry, 147:190-195, 1990.

51.-Kazdin A, French N, Unis A, Esveldt-Dawson K, Sherick R: Hopelessness, Depression, and Suicidal Intent Among Psychiatrically Disturbed Inpatient Children. J Consult Clinical Psychol, 51:504-510, 1983.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA